FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

N 183

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 février 1905, à 1 heure

PAR

Alph. NIVET

Interne de l'hôpital Saint-Joseph à Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ÉNUCLÉATION DES FIBROMES UTÉRINS

Président : M. BERGER, *Professeur.*

Juges : MM. POIRIER, *Professeur*
HARTMANN, *Agrégé*
MORESTIN, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
	HUTINEL.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agreges en exercice

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA Andre.	GUIART	MARION.	THIROLOIX
CARNOT	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Le traitement des fibromes utérins par l'énucléation est aujourd'hui bien connu, et nombre de gynécologistes des plus autorisés de France et de l'étranger en ont décrit les principes.

Leurs élèves ont souvent repris, dans ces dernières années, cette question dans le détail et tout spécialement les travaux de Segond, de Tuffier, et d'autres auteurs inspirés par eux l'ont précisée d'une façon des plus remarquables. Malgré cela, l'énucléation des fibromes utérins ne semble pas encore avoir pris dans la chirurgie actuelle toute la place qu'elle devrait tenir, et trop souvent encore on sacrifie sans nécessité absolue des organes dont la disparition entraîne, sinon « la déchéance morale de la femme » comme l'a écrit Mlle Gunsbourg, du moins des désordres parfois très graves dans l'économie.

Nous avons donc pensé, guidé dans cette voie par notre maître le docteur Lebec, qu'il n'était pas sans intérêt d'attirer une fois de plus l'attention des chirurgiens sur les services considérables que peut rendre

l'énucléation des fibromes et de présenter les résultats remarquables obtenus dans son service au cours de sa longue pratique gynécologique.

Notre travail repose sur trente-trois observations qui nous ont été communiquées par lui ou que nous avons pu recueillir dans son service au cours de notre année d'internat. Que M. le docteur Lebec reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

Voici le plan que nous avons adopté:

Après un aperçu historique de la question, nous indiquerons dans quelles circonstances il convient de respecter l'utérus et ses annexes. Puis les indications générales de l'énucléation étant posées, nous verrons quels sont les mobiles qui décideront le chirurgien à adopter la voie vaginale ou la voie abdominale.

Ayant ensuite décrit minutieusement la méthode opératoire, nous en apprécierons les avantages et les inconvénients, en un mot nous en étudierons les résultats proches ou éloignés.

Avant d'entreprendre ce travail, nous tenons à rendre hommage à ceux qui furent successivement nos maîtres dans les hôpitaux et à leur exprimer ici toute notre reconnaissance.

A notre arrivée à Paris, M. le docteur Ménétrier a bien voulu nous recevoir dans son service de l'Hôtel-Dieu annexe et depuis, en plusieurs circonstances, nous avons pu apprécier à nouveau son extrême bienveillance.

Nous n'avons pas oublié les leçons cliniques excellentes de M. le docteur Barié à l'hôpital Laënnec et de M. le docteur Siredey à l'hôpital Saint-Antoine.

Au début de notre externat nous avons pu suivre le service de chirurgie infantile de M. le professeur Kirmisson et nous ne pouvons dire tout le profit que nous avons retiré de son ardent enseignement.

Nous ne pouvons oublier l'année si instructive passée à la consultation de médecine de l'hôpital Boucicaut, auprés du regretté docteur de Gennes.

Remercions aussi M. le docteur Chaput qui nous enseigna les principes de la gynécologie ; ainsi que M. le docteur Thibierge dont nous n'avons pu suivre les remarquables leçons dermatologiques aussi longtemps que nous l'aurions voulu,

Durant notre internat à l'hôpital Saint-Joseph, nous avons tour à tour profité des enseignements médicaux des docteurs Leroux, Mérigot de Treigny et surtout Meslay, auxquels nous exprimerons notre profonde reconnaissance, ainsi qu'à MM. Monnier, Genouville, Chatellier dont nous avons suivi les services d'enfants, d'urologie et de laryngologie. M. le professeur Pinard voulut bien nous faciliter l'entrée de sa clinique d'accouchement, avec son extrême amabilité.

Nous tenons à remercier plus spécialement encore M. le docteur Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin. Tour à tour son élève et son opéré, nous avons pu apprécier personnellement son extrême bienveillance, sa bonté paternelle et son habileté chirurgicale.

En terminant nous remercierons les docteurs Chevallier et Hulleu, qui furent durant nos années d'étude nos plus sincères et dévoués amis.

Que M. le professeur Berger qui nous a fait le grand

honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous permette de lui présenter nos plus respectueux hommages.

HISTORIQUE

Nous ne voulons pas ici reproduire dans tous ses détails les diverses phases par lesquelles a passé l'histoire du traitement conservateur dans le cas des fibromes de l'utérus. D'autres l'ont fait de façon trop précise et d'une main trop autorisée.

Il nous semble cependant, que pour la compréhension de notre sujet, il est bon de donner un aperçu rapide de l'histoire de l'énucléation.

Celle-ci en effet est loin d'avoir triomphé du premier coup. Elle s'est au contraire développée lentement et par moment même semble être tombée dans l'oubli le plus absolu.

L'idée de l'énucléation remonte à Velpeau qui, en 1833, montra le premier qu'il devait être possible d'extirper les fibromes sans enlever l'utérus.

Ainsi que cela devait logiquement se produire, les premières tentatives eurent lieu par les voies naturelles, par la voie vaginale.

Amussat, en 1840, reprend l'idée de Velpeau. Il la développe ; énuclée d'abord quelques fibromes pédiculés intra-utérins, puis « la nécessité de fendre le col devient

l'origine de sa méthode pour le traitement des fibromes sous-muqueux ».

C'est dix ans plus tard, vers 1850, que commencent les premiers essais systématiques d'énucléation par la voie abdominale ; mais l'absence d'antisepsie provoqua de tels accidents que les deux genres d'opérations furent mis de côté.

En 1860, Guyon, dans sa thèse d'agrégation, combattit même très vivement l'énucléation déclarant que l'opération ne se pouvait faire s'il n'y avait pas un pédicule ; que le diagnostic de l'existence du pédicule était impossible ; qu'en somme, on allait au hasard et que du reste les résultats étaient déplorables.

Cependant l'énucléation abdominale est tentée avec succès par Spencer Wells en 1863, puis, en 1874, par Spiegelberg.

En 1869, ce sont les travaux de Péan, et, en 1875, la thèse de Pozzi.

C'est à cette époque que Duncan, Sims, Langenbeck pratiquent à nouveau l'énucléation vaginale.

Martin, en 1878, crée l'opération qui porte son nom.

Dès lors les travaux sur cette opération se multiplient.

En 1883, citons les observations de Schrœder, Czerny Franck, Mickulicz, et surtout de Péan qui décrit magistralement sa méthode d'énucléation vaginale à peine modifiée depuis dans le détail.

En 1884 et 1885, Gusserow, Chroback, Bantock, Kustner, Léopold, Bœckel, Pozzi, étudient le même sujet.

En 1889, citons les observations de Jaboulay. La chirurgie conservatrice profite d'autant plus à cette époque, que l'on tend à renoncer aux moyens médicaux de guérison, et entre autres à l'électricité qui tantôt ne donne pas de résultats, tantôt donne seulement une légère amélioration des symptômes.

Ce sont ensuite les congrès divers : en Allemagne en 1890; à Vashington en 1894, à Amsterdam en 1899 : en France depuis 1895, jusqu'en 1900 où des chirurgiens éminents viennent présenter leur méthode conservatrice ; on retrouve dans les rapports les noms de Olshausen, Polk, Dudley, Doléris, Lebec, Legueu, Monprofit, Péan, Richelot, Ricard, Routier.

C'est depuis 1896 surtout, qu'à la suite des observations de Témoin, on commence à ne plus discuter sur la question de conserver ou non l'utérus ; on discute seulement sur la voie qu'il faut choisir pour arriver à la tumeur au cours de l'opération conservatrice.

C'est à peine si quelques-uns combattent l'énucléation. Nous devons citer cependant Demantké qui écrit : « Il est permis d'espérer que d'ici peu, grâce aux recherches continues des opérateurs, on sera en possession d'un procédé bien défini devant lequel devront disparaître toutes les interventions partielles. »

En 1900, citons les travaux de Tuffier et les thèses successives de Ferendinos, Zvibel, Mlle Gunsbourg, Morinière, qui viennent présenter les méthodes diverses de leurs maîtres.

En 1901, Dartigues réunit dans un travail remarquable les diverses données de la chirurgie conserva-

trice ; mais il avoue que certains points doivent être encore précisés et que l'étude de la chirurgie conservatrice est loin d'être terminée.

Du reste, depuis cette époque, nous retrouvons encore de nombreuses observations. Citons spécialement la notice de Tuffier, qui, autrefois, partisan de l'hystérectomie, déclare que « les tendances théoriques de conservation doivent devenir une réalité pratique » et que l'hystérectomie abdominale pour fibrome doit être désormais « l'opération de nécessité. »

INDICATIONS OPÉRATOIRES

De l'étude historique que nous venons de faire il résulte que dans l'état actuel de la chirurgie, l'énucléation est devenue une opération indiquée dans un assez grand nombre de cas déterminés. Il est évident toutefois qu'elle ne peut remplacer l'hystérectomie totale qui reste nécessaire toutes les fois que l'on se trouve en présence de ces tumeurs énormes, dont le nombre, grâce à de plus rapides interventions, devient de plus en plus rare.

Nous croyons devoir encore préférer l'hystérectomie en présence d'un trop grand nombre de masses fibreuses. Dans ce cas, en effet, après énucléation de tous les fibromes, on aurait une perte de substance beaucoup trop étendue et l'on serait fatalement conduit à enlever l'utérus tout entier. De plus, à supposer que l'on tente l'opération conservatrice, la suture du muscle utérin deviendrait à peu près impossible par suite du rapprochement extrême des diverses plaies.

De ce que nous venons de dire il résulte que l'hystérectomie, à plus forte raison, est nécessaire lorsque le

fibrome ne présente pas de coque et n'a aucune délimitation. Pozzi et Tuffier ont signalé à plusieurs reprises ces sortes d'utérus entièrement malades.

De même encore l'énucléation perd ses droits lorsqu'il existe des adhérences trop nombreuses et intimes accompagnées de lésions trop importantes des annexes. Cette dernière contre-indication nous a paru admise par presque tous les auteurs.

Il est une forme de fibromes qui marque la transition entre l'énucléation et l'hystérectomie. C'est lorsque la tumeur est ramollie et œdémateuse. L'opération conservatrice devient ici assez malaisée. Nous la croyons cependant possible ; ce n'est qu'une question de soins et de temps. On pourra toujours, si besoin est, arriver à l'ablation totale de l'organe.

D'une façon générale, on devra songer à pratiquer l'énucléation toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une femme jeune, susceptible d'avoir des grossesses ultérieures par conséquent, chez qui l'on trouvera une masse encore peu volumineuse, ou du moins d'une assez grande régularité et ne paraissant pas trop immobilisée.

Dans sa thèse de 1894, Guinebertière, qui cependant conclue en faveur de l'hystérectomie abdominale totale, écrit « Ce n'est jamais impunément que l'on enlève un gros fibrome et l'utérus ». L'état général de la malade sera donc aussi une indication. Il vaudra mieux tenter l'énucléation si la malade paraît très affaiblie, car le choc opératoire est en général moins grave.

Schwartz Ed. ne se prononce pas nettement et déclare

que « c'est une question de tact, d'aptitudes et d'habitudes opératoires de fixer si l'énucléation simple est préférable à l'hystérectomie » ; mais il ajoute « en théorie, l'opération conservatrice doit toujours avoir le pas sur l'opération mutilante... Il convient de demeurer conservateur chez toute jeune femme, chez laquelle l'énucléation pourra être efficace et facile quand l'appareil tubo-ovarien est intact ».

De tout cela nous concluons que l'on doit toujours ou presque toujours commencer par l'énucléation, quitte à terminer par une hystérectomie.

Le point le plus délicat est celui de la voie à suivre. C'est sur ce point que commence surtout le désaccord entre les divers chirurgiens. Certains préfèrent la voie abdominale dans tous les cas, même pour les fibromes sous-muqueux. Cette voie aurait le mérite d'après eux de laisser voir bien plus nettement ce que l'on fait et de permettre une exploration plus facile de l'utérus malade. Quelques-uns se servent même de l'utérus perforé systématiquement, pour faire le drainage.

D'autres enlèvent le plus possible par la voie vaginale qui a l'avantage de ne pas créer de point faible dans la paroi abdominale. De plus les suites immédiates sont de beaucoup moins longue durée dans ce mode d'opération.

Nous croyons que tout repose sur le diagnostic exact du volume et du nombre des fibromes, ainsi que de leur situation. Si ce diagnostic reste douteux, il vaut mieux renoncer à la voie vaginale, dont les indications sont forcément beaucoup plus restreintes que celles de l'abdominale.

Si, le fibrome est régulier, de volume moyen, ne dépassant pas au maximum 11 à 1200 grammes : enfin s'il fait une saillie bien nette du côté de la cavité utérine, c'est à l'énucléation vaginale qu'il faut avoir recours. Dans ce cas en effet, la plaie faite en dedans de la paroi utérine sera moins importante que celle faite au dehors.

L'étude anatomo-pathologique apprend, en effet, que dans ces sortes de fibromes, la pression et la distension produisent une atrophie de la paroi utérine, qui finit par se réduire à la seule muqueuse, parfois même celle-ci se trouve réduite à l'épithélium de la surface.

C'est encore l'énucléation vaginale que nous pratiquons dans les cas de fibromes interstitiels situés vers le col utérin.

Enfin c'est encore celle qui reste préférable lorsqu'il s'agit de fibromes sous-péritonéaux, dont le point d'implantation est bas placé. La perforation des culs-de-sac et la luxation de l'utérus dans le vagin, permettront d'atteindre facilement la tumeur. Nous citons dans nos observations ; plusieurs tumeurs ainsi situées et que l'on put extirper par la voie vaginale.

Dans tous les autres cas, la voie abdominale sera préférable.

Elle ne tient pas compte en effet du volume de la tumeur. Elle est possible même si les fibromes sont multiples. Elle reste facile que le fibrome soit pédiculé ou sessile, et n'est que peu gênée par la question de position de la masse. Elle permet plus facilement de juger s'il est besoin à un moment donné de pratiquer une cure plus radicale.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous venons de voir dans le précédent chapitre qu'il pouvait y avoir pour l'ablation des fibromes utérins sans hystérectomie deux voies différentes.

D'une part la voie vaginale, c'est-à-dire l'arrivée au fibrome par les voies naturelles.

D'autre part la voie abdominale, dont les indications sont beaucoup plus vastes, puisqu'elle permet d'énucléer les fibromes après laparotomie plus ou moins large.

1° Enucléation par voie vaginale.

Elle permet avons nous dit d'énucléer les fibromes faisant saillie à l'intérieur de l'utérus, et en perforant les culs-de-sac d'en enlever un certain nombre bas placés sous la séreuse. Nous allons étudier successivement ces deux opérations en insistant principalement sur la première.

Passons rapidement sur les fibromes nettement pédiculés qui viennent pour ainsi dire s'offrir au chirurgien. Pour ceux-là il suffit de les saisir avec une pince de

Museux et de les extraire par torsion. Quelquefois cependant il sera nécessaire de les réduire un peu par morcellement. Dans tous les cas, il s'agit là d'une opération bénigne qui dure à peine quelques minutes et ne s'accompagne d'aucune perte de sang.

Les tumeurs qui nous intéressent surtout et dont nous allons décrire temps par temps l'ablation sont les masses interstitielles qui tendent à faire saillie ou font saillie franchement du côté de la cavité utérine.

Voici comment nous avons vu procéder ou procédé dans la majorité des cas.

La malade doit, dans les jours qui précèdent l'opération être préparée avec le plus grand soin, car là, réside une des principales causes de la réussite. Presque tous les accidents cités sont, en effet, des accidents septiques. On commencera donc les injections quelques jours avant et l'on fera dans un PREMIER TEMPS la dilatation de la cavité utérine. Ce sera de préférence *une dilatation rapide.*

La malade est endormie, placée dans la position dorso-sacrée, comme pour l'hystérectomie vaginale. On fait alors la toilette du champ opératoire selon la méthode ordinaire. Ces préparatifs terminés, on saisit le col avec une pince de Museux et on l'attire à la vulve. On dilate alors au moyen des bougies la cavité utérine, autant que cela est possible. Souvent on est arrêté au début par la masse ; en tâtonnant un peu, on arrive à franchir assez facilement le fibrome ; dans tous les cas, il ne faut jamais procéder avec violence.

Il n'y a pas lieu de limiter cette dilatation par crainte

de provoquer de petites déchirures du col. Celles-ci se produisent très fréquemment, mais elles ne viennent en rien compliquer l'opération.

La dilatation faite, on va pouvoir à ce moment compléter d'une façon des plus précises le diagnostic au point de vue du volume et du siège exact de la masse. On constatera aussi qu'elle existe seule ou qu'elle est accompagnée d'autres corps fibreux.

Quelquefois les malades arrivent dans le service avec des pertes abondantes et fétides et il existe une infection intense de la cavité utérine. Il est prudent dans ce cas de s'arrêter provisoirement à ce premier temps de l'opération. On fait un lavage de la cavité utérine, on y place une mèche de gaze stérilisée ou iodoformée qui maintiendra la dilatation et que l'on enlèvera chaque jour, faisant chaque fois un lavage. Au bout de quelques jours, quinze jours au plus, on passe au deuxième temps de l'opération.

Dans la majorité des cas, le DEUXIÈME TEMPS *suit immédiatement le premier. Il consiste dans l'incision du col.*

Cette incision sera le plus souvent bilatérale. Dans quelques cas bien déterminés, il convient de la faire médiane, antérieure et postérieure.

On place seulement à ce moment deux valves, une antérieure et une postérieure, car jusqu'ici elles auraient gêné l'exploration digitale. On saisit la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux ; on en place une deuxième sur la lèvre postérieure, on amène à la vulve l'orifice utérin. On sectionne alors aux ciseaux, de chaque côté, le col, sans avoir peur de prolonger cette section sur le

corps même de l'organe. Cela ne complique en rien et n'augmente pas le danger de l'opération. Jamais on ne l'a vu provoquer d'hémorrhagie ; et pour nous, nous n'avons jamais eu à placer de pinces. Une compression momentanée est largement suffisante s'il existe un suintement sanguin. Cette section a l'avantage de donner beaucoup de jour : elle donne un passage plus grand à la tumeur ; elle a aussi l'avantage d'éviter la formation d'un anneau rétractile, constitué au niveau du col et qui gêne beaucoup pour les divers autres temps.

Dans certains cas de tumeur petite, difficilement accessible, on pratiquera cette section sur les lignes médianes antérieure et postérieure ; mais cette section nécessite alors la libération du col et par suite complique un peu. On a à faire en effet tous les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, et l'on court le risque de blesser la vessie. Comme dans le premier cas, aucune hémorrhagie n'est à redouter ; là il n'y a même pas de suintement sanguin. On devra préférer cependant toujours la première incision.

Troisième temps : *Incision de la muqueuse qui recouvre le fibrome.*

L'incision sera faite au bistouri. Elle aura la forme d'une croix dont les branches seront dirigées selon les grands axes de la tumeur. Dartigues reproche à cette incision cruciale de créer deux lambeaux qui auront grande tendance à se sphacéler. Nons n'avons jamais observé

ce sphacèle et d'autre part cette incision large favorise l'énucléation de la masse. Nous n'avons jamais eu besoin de régulariser les bords de l'incision. Du reste nous convenons que dans quelques cas la coque fibreuse est assez mince pour que l'incision au bistouri soit inutile et que l'ongle suffise à ouvrir cette coque.

Quatrième temps : *Enucléation proprement dite de la masse fibreuse.*

On introduit le doigt, on écarte les lèvres de l'incision. On décortique le plus possible la tumeur avec le doigt. La chose est souvent facile, car les tumeurs sous-muqueuses ont tendance à se pédiculiser et à s'énucléer spontanément. D'autres fois, l'adhérence est trop forte, on saisit alors la partie découverte de la masse avec une pince de Museux et on la sépare au moyen de la spatule exactement comme au cours d'une hystérectomie vaginale.

Lorsque la tumeur est volumineuse, il sera impossible de l'énucléer ainsi d'une seule masse. Dans ce cas, on la saisit avec une pince de Museux et au moyen du couteau spécial, on découpe une série de cônes à sommets tournés vers le centre de la tumeur. Il arrive un moment où la réduction étant suffisante, le reste du fibrome se décortique facilement.

Tout cela se fait absolument à blanc et même la tumeur enlevée, c'est à peine s'il coule un peu de sang noirâtre, sang veineux, qui s'est épanché au moment de la décortication de la capsule.

Il faut enlever à fond sans avoir crainte de perforer l'utérus. Le danger est très minime si l'on a pris toutes les précautions voulues d'antisepsie et d'asepsie ; et la plaie utérine se cicatrise vite. Du reste, on pêche beaucoup plus souvent par défaut que par excès, et il reste une bande de tissu fibreux parfois épaisse de plusieurs centimètres. Cette bande se mortifie secondairement et s'élimine en dix ou onze jours. Mais cette élimination se fait après une suppuration infecte qui expose à des accidents et qui en tous cas nécessite de grands lavages longtemps et souvent pratiqués.

Cette nécessité d'extirper bien complètement la tumeur, conduit AU CINQUIÈME TEMPS qui est la *vérification par une nouvelle exploration digitale*. C'est le temps qui de beaucoup est si non le plus difficile, du moins le plus délicat. Il exige une grande habitude de la part du chirurgien car il est difficile de se rendre compte au palper de ce qui constitue la paroi utérine ou un reste de la tumeur.

On explorera donc successivement la paroi antérieure, la postérieure, les côtés, puis le fond. Au besoin on complètera cette exploration systématique par une exploration au moyen de l'hystéromètre. Ceci fait, et lorsqu'on est certain qu'il n'existe plus une seule masse fibreuse, on doit s'occuper de traiter les cavités laissées par l'ablation des fibromes.

Sixième temps : *traitement des loges fibreuses et suture du col.*

On pratique une injection intra-utérine chaude, puis on tamponne légèrement de façon provisoire. En quelques secondes, le léger suintement qui a pu se produire est arrêté. Il s'arrête d'autant mieux que la cavité revient sur elle-même exactement comme cela se produit après l'accouchement. Nous n'avons pas constaté la nécessité de mettre des séries de mèches dans chaque cavité et même nous avons renoncé à en placer une dans la grande cavité utérine. En pratiquant ce tamponnement on risque de refouler une mèche dans le fonds de l'utérus et de l'y perdre ; de plus, on risque de produire de la rétention, car il y a toujours un peu de suintement dans les jours qui suivent. C'est même pour cette raison qu'on placera un drain. On l'introduira, après l'avoir percé de trous latéraux, jusqu'au fond de l'organe ; ce drain, en même temps qu'il préviendra la rétention, permettra dans les jours qui suivent de faire des injections intra-utérines d'eau oxygénée.

La suture de l'incision doit toujours être faite pour terminer. On a conseillé tour à tour les soies et le catgut, nous employons les crins. Ceux-ci ne provoquent dans la suite aucun accident et l'on retrouvera dans l'une de nos observations un cas de tolérance exceptionnelle du col pour ces sutures. Bien que cela sorte un peu du sujet, citons à ce sujet le cas d'une opérée qui se présenta récemment « pour se faire enlever des fils ». On

l'examine, il s'agissait en effet de crins posés à la suite d'une amputation du col qui remontait à deux ans. Ces crins au nombre de six avaient été admirablement tolérés.

Le nombre des points de suture est subordonné naturellement à la grandeur de l'incision. En général, on en place de deux à trois de chaque côté.

On place ensuite une mèche de gaze iodoformée dans la cavité vaginale, en ayant soin d'entourer le drain avec cette mèche. Puis un pansement occlusif avec du coton stérilisé et un bandage en T, au niveau de la vulve.

Les jours qui suivent, après avoir retiré la mèche vaginale, qu'il sera inutile de remplacer, on donne de grandes injections intra-utérines à l'eau oxygénée. On retire le drain vers le cinquième jour, lorsque la cicatrice du col a déjà une certaine solidité. Les crins sont enlevés vers le sixième ou septième jour et la malade peut se lever. Il lui suffira de pratiquer quelques injections vaginales pendant quelque temps.

Notons ici que, auparavant, lorsqu'on mettait une mèche intra-utérine, on la retirait au deuxième jour, puis qu'on agissait comme dans le cas du drain.

2° Enucléation par voie vaginale avec perforation des culs-de-sac vaginaux.

Tous les soins qui précèdent l'opération seront les mêmes que dans l'intervention que nous venons de dé-

crire précédemment. L'antisepsie intra-utérine sera des plus soigneuses, car on peut toujours se trouver à un moment donné en présence d'une perforation de l'organe.

On incise le col selon une ligne courbe demi-circulaire ; on décolle avec le doigt la vessie et les uretères et on place une valve. On voit que ce premier temps est exactement celui de l'hystérectomie vaginale. On place alors une deuxième valve, on écarte les deux valves latéralement, de façon à achever le décollement. On dégage l'utérus de telle sorte qu'il puisse être luxé dans le vagin, et l'on peut apercevoir facilement la masse fibreuse.

Si cette dernière était trop volumineuse, il suffit d'en pratiquer le décollement, après avoir incisé la coque fibreuse sur le point où on a pu l'atteindre le plus facilement. Lorsque la masse est assez réduite, on luxe l'utérus dans le vagin et on achève l'intervention.

Si la masse est située en arrière, la chose est plus facile, car l'incision possible est plus considérable et permet d'obtenir plus de jour. De plus, la séparation de l'utérus et du rectum est beaucoup plus facile à obtenir. Comme dans le cas précédent, on luxe l'utérus de façon à amener sous les yeux le point d'implantation du fibrome.

Lorsque l'énucléation est terminée, il reste à traiter la plaie utérine.

Nous ne décrirons pas ici le procédé opératoire, car ce sera le même que celui employé dans le cas d'énu-

cléation par la voie abdominale. Nous nous réservons de décrire plus loin ce procédé. On termine en plaçant un drain dans le cul-de-sac perforé et en remettant l'utérus dans sa position normale.

En général, il n'y a, durant toute cette intervention, aucune hémorrhagie à redouter. On a, de plus, l'avantage, par suite de l'effondrement du péritoine, de pouvoir faire un examen très complet de l'utérus, et de vérifier si les annexes sont absolument saines.

3° **Enucléation des fibromes par voie abdominale.**

Cette opération est des plus avantageuses, comme nous le verrons, car elle n'est limitée ni par le volume, ni par la situation du fibrome ; seul, peut-être, le nombre peut-il venir gêner l'opération au cours du dernier temps.

Durant la journée qui précède l'opération, on prépare la malade exactement comme s'il s'agissait d'une hystérectomie totale, c'est-à-dire qu'on la purge, qu'on la baigne et qu'on commence l'antisepsie vaginale et utérine. Mais sur cette dernière on devra insister d'une façon spéciale, car on risque toujours l'ouverture de la cavité utérine au cours de l'énucléation. On devra donc toujours faire la dilatation de l'utérus, ainsi du reste que le conseille Tuffier.

Le jour de l'opération, on recommence avec soin le lavage vaginal et utérin ; la malade étant endormie, on fait l'antisepsie de la paroi abdominale comme pour toute

laparotomie, et on place la malade dans la position inclinée.

Premier temps : *Incision de la paroi abdominale.*

On incise toujours la paroi abdominale selon la ligne médiane, en passant par conséquent entre les deux muscles droits. L'incision sera d'abord faite petite. On l'agrandira selon les besoins dans la suite de l'opération.

Il peut paraître oiseux de parler ainsi longuement de la place de l'incision, mais plusieurs chirurgiens ne sectionnent pas systématiquement sur la ligne médiane. Nous croyons qu'il y a danger à ouvrir ainsi au point exact où l'on croit trouver la tumeur, car rien ne peut rendre absolument certain que le fibrome ne s'étend pas trop loin ou qu'il n'y en a pas d'autres. Enfin, on se trouverait fort embarrassé d'une incision latérale, s'il fallait pratiquer secondairement une hystérectomie abdominale totale.

Après ouverture du péritoine, on écarte les anses intestinales et on place une grande compresse que l'on glisse entre les parois abdominales et l'intestin.

Deuxième temps : *Exploration de la masse fibreuse, de l'utérus, des annexes.*

On place la valve circulaire et l'on peut ainsi apercevoir une grande partie de la masse. Un hystéromètre étant introduit dans la cavité utérine, on se rend compte de la position du fibrome par rapport à cette cavité, en

pratiquant une exploration manuelle. On peut en même temps, en soulevant un peu la tumeur, passer la main en arrière et constater s'il existe d'autres masses. Quelquefois, pour faire cet examen, on devra attirer l'utérus au moyen des crochets de Tuffier, du tire bouchon de Segond ou d'une pince de Museux.

On peut ainsi constater l'existence tantôt d'une masse pédiculée, tantôt d'une masse interstitielle. Les opérations diffèrent sensiblement suivant les deux cas, et nous devons les étudier successivement.

a) Si la masse est pédiculée, le pédicule peut être long ou court, large ou étroit. S'il est très court et large, nous procéderons comme pour un fibrome interstitiel. S'il est très long et étroit, il suffira de saisir la masse avec une pince ou quelquefois avec les doigts et de l'extraire en la tordant sur elle-même. Il n'y a là nulle difficulté et nous n'insisterons pas davantage. Si, au contraire, il est long et large, il deviendra nécessaire de placer une ligature. Dans ce cas, on incise le péritoine tout autour de la masse non loin du pédicule ; on décolle le fibrome de son enveloppe au moyen des doigts ou de la spatule, et on l'énuclée totalement. On saisit alors le pédicule avec une pince, on l'enserre au moyen d'un catgut fort, que l'on serre vigoureusement. Quelquefois le pédicule est trop volumineux pour être saisi d'une seule ligature, on le divise alors en deux ou trois parties, puis on les lie comme précédemment les unes après les autres.

b) Il n'y a pas de pédicule, il s'agit d'un fibrome interstitiel. C'est ce cas sur lequel nous insistons particulièrement.

Troisième temps

Martin, Doléris, Témoin conseillent de placer une ligature provisoire autour du col. En réalité c'est compliquer inutilement les choses : l'hémorrhagie est une hémorrhagie veineuse quand elle se produit, et elle cesse presqu'aussitôt, dès que la coque fibreuse est largement ouverte. Tuffier évite cette ligature préventive en fendant systématiquement « sur la ligne médiane avasculaire de l'utérus ». Outre qu'il n'est pas toujours facile de distinguer cette ligne médiane, il semble plus logique d'inciser directement sur la partie médiane de la coque fibreuse. On évite ainsi la formation de cavités anfractueuses ou pour mieux dire de cicatrices sinueuses, puisque les cavités disparaissent grâce à la rétraction de l'organe. On incise donc la coque fibreuse franchement, sur une longue étendue ; au moyen de la spatule, on décortique la tumeur, on la saisit avec une pince de Museux et on l'extirpe soit d'une seule masse, soit après morcellement si la masse constitue un volume tel qu'il fasse obstacle à la sortie facile par l'incision. Il faut éviter, en effet, des tiraillements nuisibles pour les parois vaginales.

Quatrième temps : *Traitement de la plaie utérine et suture de l'utérus.*

Lorsque tous les fibromes, s'ils sont multiples, ont été énucléés d'abord à la face antérieure puis à la face pos-

térieure, on enlève le tamponnement placé provisoirement au niveau de chaque incision ; si la muqueuse est intacte, c'est-à-dire que la cavité utérine n'est pas ouverte, on se contente de refermer comme nous allons l'indiquer, sinon il faut draîner par la cavité utérine et fermer pardessus. Lebec est d'avis qu'il faut à tout prix éviter cette ouverture de la cavité utérine. Tuffier est du même avis lorsqu'il écrit : « La première (l'opération sans ouverture) reste une opération aseptique ; la seconde (l'opération avec ouverture) peut rester aseptique, mais rien ne le prouve. Tout porte au contraire à penser que la cavité utérine a pu contaminer le champ opératoire. » Ricard, cependant, ouvre la cavité utérine systématiquement et, après l'avoir nettoyée, s'en sert pour faire le draînage.

On vérifie soit par l'examen intra-utérin avec l'hystéromètre, soit par l'examen de la plaie au stylet que la muqueuse est indemne. Puis on suture. La suture sera faite au catgut fort. Les fils vont d'un bord à l'autre de la plaie en passant profondément dans le muscle utérin, ou au ras de la muqueuse si le muscle a été sectionné dans toute son épaisseur. On rapproche alors les bords de la plaie lorsque tous les points sont posés, puis on recouvre la suture utérine en faisant un surjet au moyen d'un catgut.

Cinquième temps : *Fermeture de la paroi abdominale.*

On recoud le péritoine pariétal au catgut fort en faisant un surjet. Puis on incise les aponévroses dans l'intérieur

desquelles se trouvent enfermés les muscles droits. On peut ainsi approcher l'un contre l'autre les bords internes de ces muscles. Ceux ci se soudent et il n'existe plus trace, au bout de quelque temps, de l'incision. Enfin les téguments superficiels sont affrontés au moyen de quelques crins profonds et d'un surjet superficiel. On place un pansement aseptique sur la plaie et on le maintient avec un bandage de corps. Les fils sont enlevés seulement le dixième ou le onzième jour. L'opérée peut se lever à partir du vingt-cinquième jour comme pour l'hystérectomie abdominale.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli les observations d'énucléation abdominale et d'énucléation vaginale pratiquées par le docteur Lebec depuis 1885 jusqu'en décembre 1904. Nous apportons ainsi trente-trois observations, dont les bons résultats généraux viennent s'ajouter aux résultats excellents de la pratique de nombreux chirurgiens.

Sur ces trente-trois observations, nous en relevons onze qui rapportent des interventions abdominales et vingt-deux qui traitent d'énucléation vaginale.

Parmi les onze énucléations abdominales, nous relevons un seul cas mortel, chez une jeune femme arrivée dans un tel état de faiblesse que toute autre intervention eut sans doute provoqué la même terminaison fatale.

Parmi les vingt-deux énucléations vaginales, existe aussi un cas mortel. Il est dû à une faute d'antisepsie et ne peut par suite guère influer sur les conclusions favorables de l'opération.

Nous avons de plus un seul cas d'hémorragie et qui ne se rapporte qu'à un cas de fibrome sous-muqueux et non interstitiel.

D'autre part, nous constatons que quatre des opérées

parmi celles que nous avons pu revoir ont eu une ou plusieurs grossesses normales suivies d'accouchements normaux.

Enfin nous constatons que trois seulement ont eu des récidives.

Observation I

(Communiquée par le docteur Lebec).

Enucléation abdominale pour fibrome utérin à pédicule très court et large

C... Adrienne, âgée de 28 ans, blanchisseuse entre le 27 novembre 1885.

Mère est morte à 23 ans d'une affection de l'abdomen ?

La malade a été réglée à 14 ans. et depuis les règles ont toujours été régulières.

Dans les derniers mois, chaque menstruation est peu abondante. Elle s'accompagne de très vives douleurs.

Au mois de mai 1885, les douleurs deviennent très fréquentes. Elles siègent dans la région inférieure de l'abdomen, sur la région médiane et un peu au dessus de l'arcade fémorale droite, avec irradiation du côté du membre inférieur droit.

Les douleurs reviennent de façon périodique le matin vers trois heures ; et le soir au moment du coucher. Elles sont d'une intensité beaucoup plus forte dans la quinzaine qui suit l'apparition des règles ; elles sont parfois de force telle qu'elles arrachent des cris à la malade.

Pas de troubles fonctionnels : à peine quelques vertiges, quelques bouffées de chaleur ; un peu de constipation et de lenteur de digestion.

Plusieurs médecins sont consultés ; ils établissent une médi-

cation se bornant à des palliatifs : sangsues, cataplasmes, etc... Pas d'amélioration.

16 novembre 1885, dernières règles abondantes et douloureuses.

29 novembre, très légère hémorrhagie utérine le matin.

A l'entrée dans le service on pratique le toucher vaginal et le toucher rectal :

Toucher vaginal : Col petit, conique, indolore, mobile.

Cul de sac supérieur droit rempli par une petite masse dure, du volume d'une orange, peu mobile, accolée à l'utérus.

Toucher rectal : uterus petit.

Masse à droite que l'on atteint en suivant la direction du bord postérieur du ligament large droit. La principale partie de la masse se sent à deux centimètres environ du bord de l'utérus.

Palper combiné au toucher : on sent une légère fluctuation à la partie postérieure de la tumeur.

Le 3 décembre opération : laparotomie et énucléation.

Anesthésie au chloroforme.

Incision médiane de quinze centimètres environ allant du pubis vers l'ombilic.

Le péritoine est ouvert. Les intestins sont refoulés vers la partie supérieure et maintenus par une compresse glissée sous les bords de la paroi.

La main est introduite dans la plaie.

La tumeur reconnue est saisie et amenée au dehors avec une certaine difficulté car le pédicule est très court,

La masse est du volume d'une petite orange. elle a un aspect fibreux. A la partie supérieure on voit sous le péritoine la trompe de Fallope. On se demande même si l'on n'est pas en présence de l'utérus lui même. Par une nouvelle exploration à travers la plaie on sent très bien l'utérus, accolé à la tumeur mais indépendant. De plus un aide pratiquant le toucher vaginal imprime au col de l'utérus des mouvements qui ne se propagent pas de façon absolument nette à la tumeur.

On constate de plus qu'il ne s'agit pas d'un utérus bifide.

La masse est implantée à peu de distance du fond de l'utérus, mais un peu sur la partie postérieure de l'organe.

A la partie supérieure et postérieure de la tumeur, on sent en un point très circonscrit de la fluctuation. La section de ce point est pratiquée au bistouri: après avoir garni le pourtour avec des compresses stérilisées. Elle donne issue à une petite quantité de liquide couleur chocolat.

On décortique ensuite la tumeur au moyen des doigts. Il reste un pédicule extrêmement court, mais très large, dont on pratique la ligature.

Pour cela on applique trois points de suture : un interne et un externe enserrant les bords interne et externe ; enfin un median enserrant toutes les parties interposées entre les deux premiers.

On replace l'opérée dans la position horizontale.

Les parois abdominales sont suturées plans par plans. On applique un pansement à la gaze iodoformée. ouate et bandage de corps.

L'opérée est portée dans son lit où on la réchauffe.

La température est de 36°.

La durée de l'opération a été de 2 h. 1/2.

On a employé environ 90 grammes de chloroforme.

Suites opératoires : La soirée est bonne, à peine quelques vomissements.

Température le soir : 37°5.

Quelques douleurs peu vives. On fait cependant une injection de morphine et l'on pratique un sondage de la vessie.

4 décembre. Les règles sont revenues durant quelques heures.

Température le matin : 36°8. — Le soir 37°3.

Pouls plein et fort.

Il y a encore quelques vomissements pénibles qui provoquent un peu de douleurs. — Injection de morphine.

5 décembre. Température le matin : 36°5. — Le soir 37°.

Pouls plein et régulier.

Dans l'après-midi, douleurs généralisées à tout l'abdomen. Ces douleurs sont sourdes ; elles disparaissent presque au bout de deux heures pour reprendre plus vives une heure après. Elles cessent sous l'influence de l'opium.

6 décembre. Température le matin 36·8. — Le soir 37·.

La nuit a été très bonne ; l'opérée se sent plus forte. Elle prend quelques aliments. Le soir, réapparition des règles. Quelques maux de tête et quelques bouffées de chaleur.

7 décembre. Température le matin 36·9. — On cesse de la prendre.

Continuation des règles.

8 décembre. La malade urine sans sonde pour la première fois.

13 décembre. On retire les points de suture, dont quelques uns tendent à couper la peau et provoquent par suite des douleurs.

La malade quitte le service au vingt cinquième jour après l'opération. Il n'y a rien eu d'anormal et l'état est excellent.

En 1897, elle revient dans le service. Durant ces douze années, *il n'y a donc pas eu de récidive.* La santé est redevenue très bonne. Les règles sont régulières.

Deux ans après l'opération, la malade a eu un enfant. La grossesse et l'accouchement on été absolument normaux.

Observation II

(Communiquée par le docteur Lebec)

Tumeur fibrokystique pédiculée de l'utérus. Enucléation. Ligature du pédicule. Guérison.

Mme A... Eugénie, 46 ans, journalière, entre le 13 avril 1889 à l'hôpital Saint-Joseph parce qu'elle ressent de vives douleurs et que son ventre augmente de volume.

Règles régulières, jamais douloureuses.

Six enfants, grossesses et accouchements normaux.

A la suite du dernier accouchement qui remonte à 1878, elle a eu de très vives douleurs dans le ventre. Ces douleurs ont persisté durant plusieurs mois, puis ont disparu totalement.

Il y a six ans, le ventre a un peu augmenté de volume. Depuis, l'augmentation continue de façon progressive et régulière.

Il y a deux ans, douleurs peu vives ; quelques pertes blanches ; depuis pas de troubles. Jamais d'hémorrhagies. En somme la malade serait peu gênée par sa tumeur, si celle-ci ne provoquait une constipation opiniâtre et de la dyspnée.

A l'examen : tumeur assez régulière, tendue, remontant jusqu'à l'épigastre.

Fluctuation très nette.

Toucher : Utérus semble mobile. Sa longueur est de huit centimètres.

Culs-de-sac paraissent vides.

Opération le 23 mai 1889. On croyait à un kyste de l'ovaire.

Ouverture pratiquée sur la ligne médiane de l'abdomen. On trouve une poche kystique. On la ponctionne. Elle donne issue à environ quatre litres d'un liquide séreux citrin.

Il y a de très nombreuses adhérences avec la paroi abdominale, les intestins, le mésentère et l'épiploon. Ces derniers présentent une multitude de petits kystes.

Lorsqu'on veut amener au dehors de l'abdomen, la paroi du kyste, on s'aperçoit qu'elle est adhérente à une masse fibreuse grosse comme le poing.

Cette masse fibreuse est située sur la ligne médiane. Elle s'étend surtout à gauche. Elle était recouverte complètement par le kyste ce qui avait empêché de la reconnaître avant l'opération.

On avait devant soi, non pas un kyste, mais une tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Cette tumeur était reliée au fond de l'utérus, aux dépens

duquel elle s'était développée par un pédicule arrondi de 4 centimètres de diamètre. Ce pédicule est lié énergiquement avec un caoutchouc. On sectionne au-dessus. On enlève la tumeur. On explore avec soin l'utérus qui ne paraît pas contenir d'autres masses. Les ovaires sont absolument dégénérés et kystiques. Aussi sont-ils enlevés après ligature du pédicule au crin de Florence. On suture le péritoine. On referme la paroi abdominale. On place sur la plaie un pansement antiseptique.

Suites opératoires : normales.

Pas de fièvre.

Quelques légères douleurs durant les deux premiers jours.

2 juin. On enlève les fils de la suture.

5 juin. Etat excellent. La malade se fait transporter à son domicile.

Observation III

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Ablation de six fibromes, dont un pédiculé, par énucléation. Guérison.

M. V... Lucile, âgée de 39 ans, gouvernante, entre à l'hôpital pour douleurs vives. Les douleurs siègent dans la région inférieure de l'abdomen ; quelques irradiations du côté des jambes et en ceinture.

Pas de grossesses antérieures. Règles régulières jusque dans les derniers temps. Légère augmentation des douleurs au moment des règles.

Jamais d'hémorrhagies.

Quelques troubles digestifs, constipation opiniâtre.

Palper : Abdomen volumineux.

Il existe au-dessus du pubis une petite masse de la grosseur d'un œuf.

Cette masse est allongée transversalement, elle est mobile. Douleur à la palpation.

Toucher : Utérus très abaissé.

Cul-de-sac antérieur rempli par une tumeur, douloureuse au contact du doigt, rénitente semblant continue avec la tumeur du pubis sentie à la palpation. On peut détacher les tumeurs du pubis et les faire remonter dans l'abdomen. On imprime des mouvements de latéralité très facilement à la masse. Ces mouvements se transmettent à l'utérus qui paraît faire corps avec la tumeur. Quand on sépare l'ensemble du pubis en glissant les doigts au-dessous, on sent un deuxième plan très dur.

Opération : en décembre 1891.

On incise la paroi abdominale suivant la ligne médiane. Incision du péritoine. On écarte la masse intestinale qu'on maintient par une grande compresse. On aperçoit alors une masse irrégulière, formée de quatre à cinq fibromes, dont un médian à pédicule large et très court. On incise le péritoine tout autour du pédicule ; on énuclée très facilement le premier fibrome. On incise l'utérus successivement sur chacune des autres tumeurs qui s'énucléent ensuite avec la plus grande facilité. On retire six fibromes de petite taille ; on suture les loges au moyen d'un premier surjet profond intra-musculaire.

Deuxième surjet au catgut sur le péritoine.

Durée de l'opération : moins d'une heure.

Le ventre est refermé immédiatement et la cicatrice recouverte d'un pansement antiseptique.

Suites normales : quelques vomissements dûs au chloroforme. Très peu de douleurs. Les règles réapparaissent quelques jours après l'opération et durent trois à quatre jours.

Le 12e jour : ablation des fils. Etat local et général excellent.

Le 30e jour : malade repart pour le Chili. Elle est en parfaite santé. *L'état de santé parfaite s'est maintenu durant les deux années qui ont suivi l'opération* depuis nous n'avons malheureusement pas eu de nouvelles de l'opérée.

Observation IV

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Ablation par énucléation de 3 fibromes dont 2 interstitiels et un sous-séreux. Mort par choc opératoire.

Mme C... Marie, 41 ans, domestique. a depuis plusieurs mois des pertes blanches abondantes. Elle a des pertes de sang de temps à autre.

Appétit nul ; constipation intense.

Amaigrissement extrême. Pâleur. Vertiges. Bouffées de chaleur.

Ventre augmentant de volume de façon continue, quoique peu rapidement.

Peu de douleurs ; lorsqu'elles surviennent, elles s'étendent du côté des jambes.

Examen à l'entrée. Toucher : Masse occupant surtout le côté droit de la partie antérieure de l'utérus. Non douloureuse.

Col gros et présentant de multiples érosions.

Palper : Masse dure, irrégulière, remontant jusqu'au milieu de la ligne médiane allant du pubis à l'ombilic. Peu mobile, non douloureuse.

Opération le 8 octobre 1891.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane. On écarte ensuite les anses intestinales.

On trouve un gros fibrome sous-séreux ; on sectionne le péritoine autour du pédicule de la tumeur ; on enlève la tumeur et on lie en deux parties le pédicule.

On constate encore la présence de deux fibromes interstitiels. On incise au niveau de chacun d'eux, sur ia face antérieure. L'énucléation se fait facilement avec les doigts. On tamponne provisoirement, puis on suture le muscle et par dessus le péritoine.

A l'examen on ne trouve pas d'autres masses, mais en raison du très gros volume de l'utérus et de la faiblesse, on pratique la castration ovarienne. Suture de la paroi abdominale. Pansement antiseptique.

Durée de l'opération : trois quarts d'heure.

Le soir, peu de douleurs, quelques vomissements.

Le lendemain matin, pouls petit ; facies terreux et grippé. Légère dyspnée. Température : 37°5.

10 octobre. La mort survient de choc opératoire.

Autopsie : Utérus revenu sur lui-même. Sutures en parfait état. Pas d'hémorrhagies à leur niveau.

Observation V

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome du fond de l'utérus. Ablation sans hystérectomie. Récidive. Enucléation abdominale d'un fibrome interstitiel. Récidive.

Marie G.... âgée de 49 ans, entre dans le service du docteur Lebec en janvier 1892. Elle a été soignée depuis un certain temps pour un fibrome d'assez gros volume, au moyen de l'électricité. Elle a subi 45 séances d'électricité chez le docteur Apostoli. Elle n'a obtenu aucun résultat, à peine une légère diminution des hémorrhagies et des douleurs.

Examen. Palper : Masse considérable remontant haut dans l'abdomen ; remplissant plus à gauche qu'à droite ; assez mobile.

Toucher : Utérus volumineux. Col gros.

En combinant le palper et le toucher, on peut constater que l'utérus et la masse fibreuse sont liés ensembles, mais que la tumeur est un peu mobile cependant par rapport à l'organe.

Janvier 1892. Laparotomie. Incision médiane très longue.

On trouve un fibrome inséré sur le fond de l'utérus, présentant un pédicule court, mais large de 8 centimètres.

On sectionne sur la partie médiane de la masse. on l'énuclée, on résèque une partie de la coque fibreuse, puis on suture le péritoine par dessus la surface de section.

On vérifie qu'il n'existe pas d'autre masse.

On referme ensuite l'abdomen. La tumeur enlevée pèse 1.500 grammes.

Guérison au 25e jour, sans aucun incident.

En 1895 cependant, *la malade revient avec des hémorrhagies abondantes*. Le ventre de nouveau a augmenté de volume. On sent au palper une masse de volume moyen qui se trouve sur la ligne médiane immédiatement au-dessus du pubis. La masse est dure, régulière et les mouvements qu'on imprime à l'utérus lui sont transmis intégralement.

Nouvelle laparotomie : Réouverture de l'incision ancienne. On trouve dans la paroi antérieure de l'utérus une masse fibreuse de la grosseur du poing. On incise sur la face antérieure de la tumeur : énucléation facile.

Suture profonde du muscle et superficielle du péritoine. Fermeture de la paroi abdominale.

Actuellement, la guérison s'est maintenue complète.

Observation VI

(Communiquée par le docteur Lebec)

Tumeur fibrokystique du fond de l'utérus. Ligature provisoire contre l'insertion utérine. Enucléation du reste de la tumeur. Guérison.

Mme J... Jeanne, 89 ans (profession et domicile non indiqués sur l'observation) entre pour des douleurs vives qu'elle ressent depuis plusieurs années. Ces douleurs siègent dans la région

inférieure et médiane de l'abdomen. Rarement elles présentent des irradiations. Elles reviennent de façon périodique et affectent la forme de colique.

Règles très irrégulières depuis assez longtemps. Pertes de sang abondantes ; principalement aux trois dernières époques.

Abdomen très augmenté de volume ; a surtout augmenté durant les dernières semaines.

Examen : Ventre volumineux. Masse dure par place, assez régulière, faisant corps avec l'utérus, présentant nettement à sa partie supérieure une partie fluctuante.

Novembre 1892 : On pratique la laparotomie.

On trouve une tumeur énorme de la grosseur d'une tête d'adulte environ. Cette tumeur est fibrokystique. Elle est implantée par un large pédicule sur le fond de l'utérus. Le pédicule est, du reste, extrêmement court. On arrive cependant à placer à son niveau un lien provisoire. On enlève alors la masse en sectionnant franchement au niveau du pédicule. On peut alors constater que le pédicule pénètre en quelque sorte au milieu du muscle utérin. On l'enlève en taillant une sorte de V dans l'intérieur de ce muscle. Léger suintement sanguin arrêté par une compression de très courte durée. On place alors trois points de suture au catgut fort de façon à rapprocher les bords de la plaie.

Le péritoine est suturé sur la cicatrice utérine par un surjet au catgut. On ferme alors l'abdomen plans par plans. On place un pansement à la gaze iodoformée.

Les fils sont retirés le 12e jour.

La malade quitte l'hôpital le 25e jour complement guérie.

Depuis elle n'a pas été revue.

Observation VII

(Service du docteur Lebec)

2 fibromes, dont un interstitiel et un sous-péritonéal. Enucléation. Guérison.

Marie D..., blanchisseuse, 40 ans, entre dans le service à l'hôpital Saint-Joseph parce que son ventre. depuis quelques mois, a augmenté de volume. Elle ne ressent presque pas de douleurs. A peine quelques pertes blanches. Jusque dans ces derniers temps, règles régulières et normales dans leur durée et leur abondance. Il y a 15 jours, une forte hémorrhagie.

Les troubles les plus marqués sont des troubles digestifs et surtout de la constipation.

A l'examen, à l'entrée on sent une masse mobile. mais qui parait intimement liée à l'utérus. Ce dernier paraît très augmenté de volume.

Janvier 1894 : Laparatomie. — On récline les anses intestinales. On trouve une masse fibreuse de la grosseur d'une tête de fœtus, implantée sur le fond de l'utérus. Cette masse est sous-péritonéale. On incise sur la région médiane de la tumeur. On l'enlève. On suture le pédicule restant, au moyen de catgut, après avoir divisé ce pédicule en 2 masses secondaires. On pratique l'examen de l'utérus. On trouve un petit fibrome placé dans la partie postérieure non loin du fond de l'organe. Incision sur le fibrome. Enucléation très facile. Suture au catgut, profonde sur le muscle et superficielle sur le péritoine. Fermeture de l'abdomen, pansement antiseptique.

1894 : On revoit la malade en août. Elle revient pour une perte de sang très abondante qui a durée 6 jours. L'examen ne révèle rien d'anormal.

1895, Janvier : Nouvelle perte abondante qui a duré 12 jours. L'utérus est encore un peu gros, mais on n'y trouve aucune tumeur nouvelle.

1894, Mai : Règles semblent avoir définitivement disparues. L'utérus est petit. Plus aucune douleur.

1898 : La guérison s'est maintenue complète.

Observation VIII

(Service du docteur Lebec)

Ablation d'un fibrome kystique du fond de l'utérus et de plusieurs petits fibromes interstitiels

Mme H... Zélie, 41 ans, entre dans le service pour douleurs abdominales.

Elle n'a pas eu de pertes. Amaigrissement notable. Pas d'autres troubles généraux.

Palper : Ventre gros, non douloureux.

On sent une masse dure avec quelques points plus mous. La masse remonte à quelques centimètres de l'ombilic.

Toucher : Col volumineux ; appliqué derrière le pubis.

On ne sent pas la tumeur par le toucher ; mais en combinant au palper, on constate que les mouvements se transmettent de l'utérus à la tumeur,

Opération, en septembre 1899. Laparotomie.

On trouve un fibrome kystique implanté sur le fond de l'utérus. Le pédicule en paraît très large. Il est court. On place une ligature provisoire. On sectionne le pédicule au-dessus de la ligature. Le pédicule est ensuite enlevé, formant ainsi une cavité dans la paroi utérine en forme de V. On suture la plaie utérine au catgut fort. Le lambeau péritonéal est recousu sur le pédicule. On pratique l'examen de l'organe. On trouve quelques petites masses qu'on enlève après incision à leur niveau. Pour terminer on suture la paroi abdominale plans par plans.

Suites opératoires normales.

nous n'avons pas eu depuis de ses nouvelles.

Le 25e jour, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Observation IX

(Service du docteur Lebec).

Enucléation de 4 fibromes. Guérison.

Louise Gr..., 31 ans, entre dans le service parce qu'elle ressent quelques douleurs abdominales et que son ventre augmente de volume depuis quelques mois. Elle n'a eu ni hémorrhagies, ni pertes blanches. A peine quelques troubles de digestion : retard, pesanteur.

Palper: Masse dure, irrégulière, remplissant surtout la fosse iliaque gauche ; remontant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

Toucher : Signes négatifs sauf en ce qui concerne l'utérus qui est volumineux.

Opération En septembre 1901. Laparatomie.

On trouve successivement quatre fibromes. Incision de la coque de chaque tumeur; énucléation facile. Suture de l'utérus. Suture du péritoine par dessus cette suture musculaire. Fermeture de la paroi abdominale. Les suites sont normales.

1903. On revoit la malade qui est en parfait état. Elle se marie à cette époque.

1904. Gurison toujours complète. Etat général excellent. Règles régulières.

Observation X

(Service du docteur Lebec).

Fibrome interstitiel de la paroi antérieure. Enucléation. Guérison.

Ch... Madeleine. 25 ans, entre pour douleurs de la région inférieure de l'abdomen. Pas de pertes, pas d'hémorrhagies. Augmentation de l'abdomen depuis quelques mois. On sent au toucher, un utérus peu mobile et dont les mouvements se communiquent à la masse que l'on sent au palper. Cette dernière est située à droite principalement. Elle est dure et régulière.

Décembre 1902, opération. laparotomie gros fibrome de la paroi antérieure. Incision de la coque fibreuse. décollement à la spatule. Enucléation sans difficultés. Tamponnement quelques instants, puis suture de l'utérus du catgut et du péritoine. Suture de la paroi abdominale. Pansement antiseptique.

Suites opératoires normales. Ablation des fils au douzième jour. La malade part le 23e jour en parfait état.

Décembre 1904. La guérison reste toujours complète. 2 grossesses normales depuis l'opération.

Observation XI

(Communiquée par le docteur Lebec).

Fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus. Enucléation vaginale. Morcellement. Guérison.

Gr... Marie, 36 ans. entre pour des pertes abondantes ; a eu deux hémorrhagies. l'une remontant à 4 mois ; l'autre il y trois semaines. Pas de douleurs ; pas de symptômes fonctionnels.

Palper: masse régulière, dure, mobile ; remontant au-dessus du pubis.

Toucher : Utérus volumineux, dont les mouvements se transmettent intégralement à la tumeur. Celle-ci paraît placée dans le cul-de-sac antérieur.

Opération : Enucléation par voie vaginale en février 1899.

On dilate la cavité utérine au moyen des bougies ; on saisit ensuite le col avec les pinces de Museux ; on achève l'exploration digitale. On incise le col à droite et à gauche transversalement ; l'incision est poussée jusqu'au niveau des insertions des culs-de-sac vaginaux. On saisit la tumeur avec une pince à griffes. On incise la muqueuse ; puis la masse étant trop considérable, on en pratique le morcellement. On enlève ainsi quatre fragments qui réduisent assez pour que l'énucléation du reste de la tumeur ait lieu facilement.

On pratique à nouveau une exploration digitale, l'ablation a été bien complète ; il n'y a pas non plus d'autres fibromes.

On suture alors le col au moyen de catgut fort. Deux points de suture sont placés de chaque côté de l'orifice. Avant cette suture on a placé une mèche de gaze iodoformée dans la cavité. Une deuxième mèche est placée dans le vagin, puis un pansement occlusif au niveau de la vulve.

La mèche est retirée le 2e jour. Etat excellent.

Les fils sont enlevés le 6e jour après l'opération et *la malade quitte l'hôpital*, complètement guérie, *le 8e jour.*

1895. Guérison toujours complète. Etat général très bon. A l'examen local, on constate que le col est ouvert ; les lèvres du col sont volumineuses et en ectropion. La malade souffre cependant un peu au moment des rapports sexuels.

Observation XII

(Communiquée par le docteur Lebec).

Fibrome sous-muqueux de la grosseur d'une petite orange, Enucléation sans hystérectomie. Guérison.

N... Elise, 42 ans, entre à l'hôpital avec des douleurs vives de la région inférieure de l'abdomen et des pertes très abondantes.

La malade n'a pas eu de grossesse. Elle a toujours été bien réglée. Depuis quelques mois, les règles sont beaucoup plus abondantes et durent une huitaine de jours. Dans l'intervalle pertes blanches en grande quantité.

A l'examen on constate un utérus volumineux dont on sent le fond au-dessus du pubis. Le toucher décèle un col énorme et allongé.

Opération en mars 1890. On pratique l'énucléation. Pour cela, on dilate la cavité utérine. La dilatation provoque quelques petites déchirures du col insignifiantes.

L'exploration digitale révèle sur la paroi antérieure, l'existence d'une masse dure, longue de 4 centimètres environ. On incise la muqueuse en croix ; on décolle la coque fibreuse avec la spatule et la masse s'énuclée facilement après un léger morcellement. L'exploration montre encore l'existence d'un reste du fibrome ; qui est enlevée par torsion au moyen de la pince à griffes.

On place une mèche iodoformée dans la cavité utérine. Suites normales.

La malade quitte l'hôpital le septième jour, en parfait état.

Observation XIII

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome du volume de deux poings. Enucléation. Guérison.

Gu... Maria, 54 ans, entre dans le service pour des pertes abondantes. Amaigrissement considérable, pâleur extrême. Appétit nul, grande difficulté à digérer le peu de nourriture absorbée, très peu de douleurs.

A l'examen, on sent un utérus très volumineux. La masse est assez régulière dure, presque médiane, un peu plus à gauche.

Au toucher, col gros, un peut ouvert, mobilité très grande de l'ensemble.

Opération le 18 février 1890. Enucléation vaginale.

On dilate l'utérus ; on constate par l'examen digital l'existence d'une masse qui se trouve dans la paroi antérieure, grosse environ comme deux poings. La masse fait une assez forte saillie dans la cavité utérine.

Incision en croix de la muqueuse, décollement partiel avec e doigt. On saisit ensuite la masse fibreuse avec une pince de Museux, puis on pratique le morcellement. On retire ensuite le reste de la masse qui s'énuclée facilement avec la spatule.

Un nouvel examen digital montre que l'ablation est bien complète et qu'il n'existe plus d'autres masses. On place une mèche iodoformée intra-utérine et un pansement occlusif à la vulve.

Le 21 février on retire la mèche ; on donne ensuite des injections au permanganate de potasse deux fois par jour. *La malade quitte le service en parfait état au sixième jour. Elle a été revue 4 mois après et la guérison était restée complète.*

Observation XIV

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Enucléation avec morcellement d'un fibrome interstitiel de 200 grammes. Guérison.

V... Louise, 47 ans, entre dans le service pour des pertes fétides et abondantes.

Réglée à 14 ans ; mariée à 25 ans : pas d'enfants, pas de fausses couches. Les règles ont toujours été régulières avec une légère avance ; durée de 3 à 4 jours. Depuis 15 mois environ elles ont augmenté de quantité et de durée. De plus pertes fétides depuis 5 semaines ; et par trois fois dans les deux derniers mois, véritables hémorrhagies.

L'état général n'est pas mauvais ; un peu d'amaigrissement et pâleur assez marquée.

Examen local : toucher : utérus volumineux, col ouvert. Utérus mobile, un peu tombé en arrière.

Palper : on sent l'utérus gros ; mais mobile.

Opération en janvier 1890 par voie vaginale.

Dilatation du col. Pas d'incision des lèvres du col. Incision de la muqueuse ; décollement partiel ; l'examen digital révèle la situation du fibrome qui est placé dans la paroi antérieure et à droite. On saisit la masse avec la pince de Museux ; on en pratique le morcellement, on achève d'enlever le reste qui s'énuclée facilement, mèche intra utérine, pansement occlusif. Poids de la tumeur 200 grammes, durée de l'opération environ vingt minutes.

Suites opératoires normales. On retire la mèche le troisième jour. On donne des injections pendant quatre jours. *La malade sort le septième jour.* Elle n'a pas été revue dans la suite.

Observation XV

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome de la paroi antérieure, gangréné. Enucléation après hystérotomie. Guérison.

L... Francine, 43 ans, entre parce qu'elle a des pertes d'odeur infecte. Elle a été traitée depuis plusieurs mois par Apostoli, mais cela sans résultat. La malade est très amaigrie, le teint est terreux ; appétit nul. On constate à l'examen par le toucher un col éversé, largement ouvert, présentant de nombreuses érosions ; laissant écouler des matières infectes. Au palper l'utérus est volumineux.

Opération en janvier 1891. Ablation par énucléation vaginale.

On dilate le col au moyen des bougies ; puis on explore. On sent une masse molle faisant saillie du côté de la cavité utérine. On a beaucoup de peine à saisir la masse qui se rompt sous la pince. On pratique l'incision du col qui ne dépasse pas les insertions des culs de-sac vaginaux. Après morcellement on retire le reste de la tumeur au moyen du doigt. On parvient à enlever ainsi toute la masse gangrénée du fibrome. On place deux points de suture après avoir mis une mèche de gaze iodoformée. Quatre jours après la mèche est enlevée, puis on donne des injections vaginales durant quelques jours. Au bout de huit jours, la malade quitte l'hôpital entièrement guérie. Il n'y a eu, malgré la gangrène du fibrome, aucun accident. *Depuis, la malade revue deux fois, a été trouvée, au point de vue local et général, en parfait état.*

Observation XVI

(Communiquée par le docteur Lebec.)

M... Marie, 40 ans, cultivatrice, entre pour douleurs vives et pertes abondantes dans le service du docteur Lebec.

On constate une masse assez volumineuse remontant assez haut au-dessus du pubis.

Au toucher, col gros et irrégulier, dur.

En mars 1891, on pratique l'énucléation : il est inutile d'inciser les lèvres du col. La tumeur, amenée à la vulve, on dilate seulement le col, on saisit à la pince la masse qui fait saillie. On l'enlève par torsion tout en la décollant avec le doigt de façon progressive. Il reste encore une petite bande fibreuse que l'on achève d'extirper.

Mèche intra utérine. Gaze iodoformée puis pansement occlusif.

Au 6e jour la malade quitte l'hôpital. Les troubles fonctionnels ont totalement disparus. La malade n'a pas été revue depuis.

Observation XVII

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome de la paroi antérieure. Enucléation après hystérotomie. Guérison.

N... Louise, 42 ans, journalière, entre le 8 février 1891 dans le service du docteur Lebec.

Réglée à 16 ans. Les règles sont toujours très régulières. Une grossesse normale ; une fausse-couche de trois mois à la suite de laquelle elle a eu des hémorrhagies abondantes et ré-

pétées. Cependant les règles restent régulières, sans aucune augmentation de quantité et sans douleurs.

Il y a six ans, la malade consulte, croyant avoir du prolapsus. En réalité, il s'agit de simples douleurs, sans prolapsus.

En novembre 1890, on a constaté la présence d'un fibrome, douleurs vagues dans tout le ventre sous forme de picotements et d'élancements. Quand la malade est debout, elle a un poids dans le bas-ventre et a des envies fréquentes d'uriner.

Palper. — Ventre aplati. Sur la ligne médiane, on sent une tumeur très dure qui remonte à moitié chemin entre l'ombilic et le pubis. A droite, cette tumeur se prolonge jusque vers le milieu de l'arcade de Fallope. A gauche, on sent une petite tumeur moins grosse dans la fosse iliaque gauche. L'ensemble constitue une masse irrégulière, mais très mobile.

Toucher. — Utérus en place. Col ouvert, court, volumineux.

Cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur fibreuse du volume d'un œuf, tumeur qui paraît faire partie de la base du col.

Cul-de-sac antérieur rempli par une autre masse qui part également de la base du col. L'ensemble forme une masse beaucoup plus grosse que le poing et a un grand prolongement dans la fosse iliaque droite.

Hystérométrie. — La cavité est dirigée de haut en bas et un peu en arrière. Elle est longue de 6 cent. 1/2. Toute la tumeur est en avant et à droite et c'est le corps de l'utérus qu'on sent en arrière.

Opération le 15 février. — L'antisepsie vaginale avait été pratiquée pendant les quinze derniers jours avant l'intervention au moyen d'injections phéniquées et de gaze iodoformée.

Après avoir lavé l'intérieur du vagin au sublimé, on coupe largement le col en travers. On aperçoit alors la tumeur qu'on saisit avec la pince de Museux. On taille dans le fibrome des séries de morceaux coniques avec les grands ciseaux. Ces morceaux sont très petits et enlevés avec beaucoup de difficultés car la tumeur est extrêmement dure. Ce n'est qu'après une heure

et demie que la tumeur est entièrement enlevée. Il ne reste plus que la coque.

Dans la crainte de léser l'utérus et de pénétrer dans le péritoine, on laisse cette coque d'environ 1 centimètre d'épaisseur et dont la circonférence est d'environ 10 centimètres. On bourre la cavité utérine de gaze iodoformée après l'avoir irriguée au sublimé au 1/1000e. Tous les jours on renouvelle le même pansement. Malgré cela, il s'échappe continuellement de l'utérus un liquide purulent, mais n'ayant pas l'odeur de sphacèle.

13e jour. — Issue d'un petit morceau du fibrome resté inaperçu. On continue les lavages.

27e jour. — Liquide d'odeur infecte qui sort toujours au niveau du col. On retire avec la pince le reste de la coque du fibrome qui se détache facilement.

La malade est dans un grand état de faiblesse ; elle perd encore continuellement un liquide purulent de mauvaise odeur. On lui institue un traitement reconstituant. *Elle peut quitter l'hôpital au bout de deux mois et demi après l'opération.*

L'examen à ce moment montre que l'utérus est en place, assez gros, le col un peu entr'ouvert, mais il n'y a jamais eu de nouveau les pertes rouges qui se produisaient avant l'opération.

La malade a été revue plusieurs fois durant cinq années après son opération : l'état local et l'état général étaient parfaits.

Observation XVIII

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus. Morcellement. Enucléation vaginale. Guérison.

Ch... Lucine, 58 ans, femme de chambre, entre pour des pertes abondantes dans le service du docteur Lebec, en mai 1891.

Réglée à 16 ans ; toujours bien réglée, mais de façon très peu abondante.

A 24 ans, elle a eu une fièvre typhoïde.

Pas d'enfants.

Ménopause à 46 ans.

A 52 ans, zôna dans la région abdominale.

Depuis 52 ans, a toujours souffert du ventre ; les douleurs s'étendent de chaque côté dans les fosses iliaques et descendent le long des cuisses. Elles reviennent par crises plusieurs fois par semaine.

Il y a deux ans, crise de rétention d'urine. La malade consulte, et l'on constate alors l'existence d'une tumeur après sondage. L'on constate de plus que la tumeur fait nettement corps avec l'utérus. On fait un essai de traitement électrique, mais, au bout de vingt jours, la malade trouve qu'il n'y a pas de changement et cesse tout traitement.

En avril 1891, à nouveau, phénomènes de compression du côté des voies urinaires.

Pendant tout ce temps, la malade a perdu fort peu et rarement. Dans le dernier mois, pertes abondantes.

Deux fois on fait, sous chloroforme, une dilatation vaginale avec le dilatateur à trois branches de Mathieu ; mais cette dilatation n'a en rien modifié l'état de la malade.

On pratique, à l'entrée dans le service, des injections vaginales ; on fait un peu de désinfection utérine.

Opération le 5 mai 1891. Anesthésie au chloroforme.

On est obligé de pratiquer tout d'abord une dilatation vaginale. Puis on dilate l'utérus ; mais cela n'est possible que sur une très faible partie du corps. On incise alors les lèvres du col transversalement à droite et à gauche. L'incision remonte un peu au-dessus de l'insertion des culs-de-sac vaginaux.

On aperçoit alors la paroi utérine soulevée par la masse fibreuse. On incise la muqueuse en croix, puis on saisit la masse avec une pince de Museux. On décolle partiellement la

tumeur ; on enlève par morcellement un certain nombre de fragments.

On achève de retirer la masse avec facilité et l'on s'assure que rien n'est laissé dans l'utérus. On place alors une mèche iodoformée assez grosse pour faire un peu de compression. Deux points de suture aux crins sont passés de chaque côté sur l'incision du col ; puis on fait un pansement occlusif.

Le deuxième jour, on retire la mèche, et on commence à faire des injections au sublimé.

Les fils sont retirés le cinquième jour, et la malade part le huitième jour.

Il n'y a eu aucun incident durant le séjour à l'hôpital.

La malade a été revue un mois après en parfait état local, puis on n'en a plus eu de nouvelles.

Observation XIX

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Colpotomie. Enucléation. Guérison.

Ch... Augustine, 38 ans, entre avec des accidents graves de rétention d'urine.

Réglée à 15 ans ; ses règles ont toujours été très régulières. Pas de grossesses. Jamais de pertes dans l'intervalle des règles.

S'est toujours bien portée jusqu'en 1890.

Depuis ce moment, douleurs dans la région inférieure de l'abdomen ; élancements.

Dans le courant de l'année, la malade a des troubles du côté de l'intestin consistant en manque d'appétit, digestions lentes, constipation. Elle a des envies fréquentes d'uriner. Rétention absolue à l'époque où on l'examine.

A l'examen, on constate par le palper que l'utérus est volumineux.

Au toucher, on trouve, dans le cul-de sac postérieur, une masse qui semble faire corps avec l'utérus, qui est mobile avec lui et qui est très dure. La partie inférieure de la masse paraît séparée de l'utérus par un petit sillon.

Opération en juin 1892. Colpotomie postérieure selon le procédé ordinaire.

On fait une large brèche au bistouri. On saisit le fibrome découvert au moyen d'une pince et on l'attire à la vulve en luxant l'utérus en quelque sorte. On sectionne alors la coque du fibrome ; on l'énuclée facilement ; suture de la paroi postérieure de l'utérus au catgut. Drainage. L'utérus est ensuite rentré en place.

Suites opératoires normales. Guérison au dixième jour.

1895. On revoit la malade. Etat excellent. La guérison s'est maintenue complète durant les trois années.

Observation XX

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus. Hystérotomie. Enucléation après morcellement. Guérison

Cr... Augustine, 36 ans, sans profession, entre dans le service pour pertes et douleurs.

Toujours bien réglée. Règles plus abondantes depuis deux ans. Quelques douleurs au moment des règles. Depuis six mois, ces douleurs augmentent beaucoup ; les règles durent très longtemps et même par deux fois dans le dernier mois, hémorrhagies graves. Anémie très intense.

A l'examen on trouve une masse volumineuse remontant au-dessus du pubis et prédominant à droite. Au toucher, le col

est gros, un peu éversé. Le toucher est un peu douloureux. L'ensemble de la masse est mobile.

Opération en décembre 1892. On pratique la dilatation le plus possible. On incise le col transversalement. On reconnaît au doigt le fibrome diagnostiqué ; on incise alors la muqueuse à son niveau. On décolle avec le doigt le plus possible. On saisit le fibrome avec une pince. On le morcelle ; on achève l'énucléation de la plus grosse partie et de la coque. Mèche iodoformée. Sutures aux crins sur le col. *Suites opératoires normales.*

1896. Lorsqu'on revoit la malade : les règles sont régulières. L'état local et général est excellent. Pas de troubles au moment des rapports. Aucune douleur. Une grossesse normale depuis l'opération.

1902. État général parfait. A l'examen local, on constate que l'utérus est un peu gros à droite. L'ovaire du côté gauche est sensible, mais peu. Il est légèrement tombé du côté du cul-de-sac postérieur. La guérison est restée entière.

Observation XXI

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibromes multiples, mais petits. Énucléation vaginale. Guérison. Récidive.

H... Jeanne, 27 ans, entre parce que son ventre devient volumineux. Réglée à 13 ans ; elle n'a jamais eu de troubles avant sa maladie actuelle. Pas de grossesses. Ce n'est que depuis quelques mois qu'elle est réglée de façon irrégulière et a quelques hémorrhagies peu abondantes dans l'intervalle.

A l'entrée, on constate à l'examen que l'abdomen est un peu gros. Au palper on sent une hypertrophie de l'utérus qui remonte à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

Au toucher : On sent le col dur et gros. En arrière on constate l'existence d'une petite masse qui fait corps avec l'organe.

Opération en mai 1893 : Dilatation du col autant que possible. Ressaut presque à l'entrée de l'utérus. On aperçoit, en effet, une masse fibreuse. On incise la muqueuse, on décolle avec le doigt ; on l'énuclée sans difficultés ; on pratique à nouveau le toucher utérin et l'on trouve une autre masse un peu plus profondément située. Même procédé d'extirpation. Deux autres petites masses sont encore extirpées sans difficultés. L'utérus examiné alors ne présente plus aucune tumeur. On place une mèche iodoformée. *Suites normales.* La malade quitte l'hôpital dans un état parfait.

1900. On *revoit l'opérée.* L'état général est bon ; elle se plaint cependant de quelques douleurs dans la région inférieure du ventre.

On constate, au toucher, que le col est un peu gros. Il existe, en arrière du col, une petite masse de la grosseur environ d'un œuf. Il ne s'agit pas sans doute d'une récidive vraie, mais seulement d'une petite masse inaperçue à la première opération. La tumeur semble être séparée du corps de l'utérus par un pédicule court, mais qui lui laisse un peu de mobilité par rapport à l'organe. La malade refuse de se laisser opérer à nouveau, car en dehors de très légères douleurs passagères, elle n'a aucun trouble fonctionnel. Elle n'a pas été revue depuis cette époque.

Observation XXII

(Communiquée par le docteur Lebec.)

Fibrome ramolli de la paroi postérieure. Enucléation. Hémorrhagie. Guérison.

Kl... Francine, 45 ans, entre pour anémie intense et augmentation de l'abdomen. Réglée à 13 ans. Règles toujours normales. A eu trois enfants vivants. Les grossesses et les accouchements ont été normaux.

Il y a un an l'augmentation du ventre a commencé. En mars, pertes séreuses et de temps à autre pertes blanches abondantes.

Jamais d'hémorrhagies utérines.

Jamais de douleurs, sauf au moment des règles, qui sont un peu plus abondantes.

L'état général : malade fort anémiée, pale ; cependant appétit conservé. Sommeil normal.

Examen : Tumeur mollasse et bosselée qui remonte presque jusqu'à l'ombilic. Mobile.

Toucher : Tumeur molle que l'on sent à travers le col ; ce dernier est dur et l'on sent un sillon entre la masse centrale et les lèvres du col.

28 *juillet 1893. Opération.* Anesthésie par le chloroforme.

On enlève la masse ramollie sans avoir besoin d'inciser le col, après simple dilatation.

On constate avec le doigt qu'il ne reste rien et qu'il n'y a pas d'autres tumeurs.

On ne fait pas de tamponnement. Quelques instants après, hémorrhagie formidable.

On constate alors que l'utérus reste comme un vaste sac de caoutchouc qui ne revient pas sur lui-même. L'hémorrhagie est semblable à celle que l'on observe au moment de l'accouchement quant l'utérus ne revient pas sur lui-même. On pratique des irrigations très chaudes, puis on essaie un tamponnement avec des éponges.

Deux heures après, hémorrhagies très violentes. Hypothermie ; on ne sent plus ni pouls fémoral, ni pouls radial. L'œil devient terne. La respiration est haletante. Quelques hoquets. On refait un deuxième tamponnement. On fait de plus de la compression de l'aorte et une injection intraveineuse de 200 grammes de sérum artificiel. La malade revient immédiatement à un meilleur état. On pratique alors un nouveau tamponnement utérin.

Dans la nuit, on pratique une injection de sérum sous la peau. Pendant les cinq jours qui suivent, on continue des injections de sérum sous-cutanées. Chaque fois on injecte de 200 à 300 grammes.

31 juillet. L'état général est satisfaisant. La malade commence à s'alimenter un peu.

5 août. Premier pansement. On pratique encore un tamponnement qu'on refait chaque jour.

10 août. On cesse les tamponnements.

20 août. Utérus revenu sur lui-même de façon absolument nette. Aucun suintement.

25 août. Malade quitte l'hôpital. Elle n'a plus qu'un peu de faiblesse générale.

1898. La malade est revue en bon état. L'état local est aussi parfait. Les règles sont revenues régulières. Aucune douleur.

Observation XXIII

(Communiquée par le docteur Lebec)

Fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus. Enucléation vaginale. Guérison.

L... Euphrasie, 52 ans, ménagère, entre le 21 novembre 1893 dans le service du docteur Lebec.

Le père est mort à 58 ans de cancer de l'estomac. — Mère morte à 53 ans. — Trois frères et sœurs. Enfants vivants et bien portants.

La malade a eu deux pleurésies et depuis quelques hémoptysies.

Réglée à 20 ans. Les règles ont toujours été régulières, mais souvent accompagnées de dyspnée et d'œdèmes en divers points du corps. Ménopause est venue à 48 ans.

Mariée à 25 ans, a eu un premier enfant à 26 ans. Couches,

normales ainsi que les suites. — Deuxième grossesse à 31 ans qui est encore normale dans ses suites.

Ce n'est qu'en 1888 que les premiers troubles de l'affection actuelle apparaissent. Les règles deviennent douloureuses et abondantes. Pesanteurs dans le bas-ventre.

Pertes blanches dans l'intervalle des règles. Dans les derniers mois, la malade perd du sang d'une façon continue ; par moments ce sont des caillots volumineux, sans odeur mauvaise.

La malade se plaint de douleurs lombaires et abdominales qui rendent la marche très pénible.

Etat général médiocre ; pâleur, amaigrissement considérable légère albuminerie, souffle systolique à la pointe ; constipation ; alternatives de rétention d'urine et de mictions involontaires.

Etat local. Ventre modérément développé ; contraction des muscles au moindre attouchement ce qui rend très difficile la palpation. Sur la ligne médiane on sent une tumeur remontant à quatre travers de doigt au dessus du pubis. Masse régulière un peu arrondie, un peu sensible, un peu mobile transversalement.

Toucher : Col en arrière. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent la tumeur. Dans le cul-de-sac postérieur, on ne sent rien.

Hystéromètre. Dans l'utérus, on pénètre horizontalement en arrière à une profondeur de dix centimètres.

La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner.

Opération le 9 décembre 1893. Dilatation du col, qui ne suffit pas à donner assez de jour. On incise le col transversalement à droite et à gauche. Incision de la muqueuse en croix sur la partie visible de la masse. Ablation d'une série de petits cônes fibreux jusqu'à ce que la tumeur soit assez réduite pour être énucléée. On place une mèche iodoformée dans la cavité. On suture le col par quatre points faits au moyen de crins. Pansement occlusif à la vulve.

10 décembre 1893. Etat général bon, mais albumine en grande quantité dans les urines. Un peu de cystite. Légers acci-

dents urémiques caractérisés par du bruit de galop, de la dyspnée de la pâleur, une légère bouffissure de la face ; des maux de tête. On met l'opérée au régime lacté.

19 décembre 1893. Légère température. Pertes d'odeur fétide. On donne trois injections par jour.

25 decembre 1893. Accidents infectieux bien nets. Pertes purulentes. Fièvre le soir. Pouls rapide. On pratique des injections intra-utérines pendant douze jours : crayons iodoformés dans l'utérus.

Guérison complète en janvier 1894. La malade quitte l'hôpital. Non revue depuis.

Observation XXIV

(Service du docteur Lebec)

Fibrome du volume d'une tête de fœtus incluse dans la paroi postérieure. Enucléation vaginale. Guérison.

P... Louise, 41 ans, lingère, entre le 15 décembre 1895 dans le service du docteur Lebec. Réglée à 13 ans. Toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 39 ans. Depuis cette époque douleurs vives au moment des règles. Plusieurs hémorrhagies utérines très abondantes. Le ventre a augmenté de volume depuis trois mois seulement et cela très faiblement. Cependant un peu de dyspnée et quelques troubles digestifs. Amaigrissement très marqué. Pâleur intense.

Examen : Palper non douloureux, utérus gros, senti au-dessus du pubis. Masse située sur la ligne médiane.

Toucher : col gros, dur : reporté un peu en arrière. On sent le fond de l'utérus dans le cul-de-sac antérieur.

Opération en décembre 1895.

On dilate le col le plus possible. On provoque ainsi quelques

craquements des lèvres du col. On n'a pas besoin d'inciser le col, car la tumeur se sent facilement. On la saisit avec la pince de Museux, après avoir incisé la muqueuse. On en pratique le morcellement. On énuclée la masse principale lorsque la tumeur est assez réduite. Mèche iodoformée intra-utérine. Pansement. La mèche est retirée le deuxième jour et la malade mise aux injections. Elle « quitte l'hôpital le sixième jour après l'opératon. *Revue en 1897. sans récidive;* non revue depuis cette époque.

Observation XXV

(Service du docteur Lebec)

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Enucléation vaginale. Guérison.

Y... Louise, 47 ans, ménagère, entre dans le service le 15 janvier 1895. Père mort du tuberculose à 60 ans. Mère morte paralytique à 72 ans. Pas de frère ni de sœur.

Pas de maladie antérieure à l'affection actuelle.

Réglée à 15 ans. Toujours les règles ont été très douloureuses, mais régulières. Mariée à 24 ans. A eu un enfant à 25 ans. Grossesse et accouchement normaux. Règles régulières après l'accouchement, mais toûjours douloureuses. A 37 ans, règles cessent d'être régulières. Depuis 6 mois, les règles jusque là peu abondantes constituent de véritables pertes. Au mois de décembre 1894, les règles sont même revenues trois fois. Durant les derniers mois, troubles de la miction. La malade urine très souvent, peu à la fois. La miction est douloureuse.

Constipation de plusieurs jours, suivies de débâcles. Coliques hépatiques très fortes en 1893, accompagnées de vomissements et de coliques généralisées à tout l'abdomen. Ces coliques sont

revenues depuis une dizaine de fois et la malade arrive même dans le service avec ce diagnostic. A l'examen, on trouve une légère douleur dans la région du foie, mais pas d'autres signes de colique. On sent de plus au-dessus du pubis une masse très dure.

Toucher : Col abaissé. cul-de-sac antérieur rempli par une masse dure dont les mouvements se transmettent entièrement à la masse sentie au-dessus du pubis par la palpation.

Cul-de-sac latéral droit rempli par une masse arrondie, de forme régulière. Cul-de-sac latéral gauche contient une petite masse isolée qui ressemble à l'ovaire.

Opération le 18 janvier 1895 :

On dilate le col ; puis l'on constate que le fibrome peut être saisi sans qu'il soit nécessaire de fendre l'orifice. On enlève alors des cônes de tissu fibreux après avoir incisé la muqueuse en croix. Puis on achève d'enlever la totalité de la masse réduite. Mèche iodoformée intra-utérine. Pansement vaginal à la gaze iodoformée et pansement occlusif à la vulve.

Le 6e jour après l'opération la malade quitte l'hôpital en parfait état.

5 février 1895 : col largement ouvert, utérus reste encore un peu volumineux. Il n'y a cependant pas eu de troubles fonctionnels. L'examen local ne permet pas de déceler d'autres masses fibreuses.

Observation XXVI

(Service du docteur Lebec)

Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Enucléation avec morcellement après hystérotomie. Guérison. Grossesse depuis l'opération.

D... Eugénie, 35 ans. cultivatrice, entre en février 1898 pour des pertes abondantes. Réglée de façon régulière. Elle a eu

deux grossesses et accouchements normaux. Les règles sont devenues plus abondantes et un peu douloureuses depuis deux ans. Pertes dans l'intervalle des règles, quelques hémorrhagies. Amaigrissement considérable, faiblesse générale, inappétence ; troubles de constipation.

Examen à l'entrée : On constate au palper un utérus volumineux. Palpation non douloureuse. *Au toucher* : Col gros et dur largement ouvert ; cul-de-sac antérieur rempli par le fond de l'utérus recourbé en avant. L'hystéromètre pénètre assez difficilement dans la cavité qui a une double coudure.

Opération le 21 février 1898.

Dilatation du col. Incision transversale des lèvres poussées assez loin sur le corps.

On sent nettement le fibrome ; on incise la muqueuse au point qui fait saillie.

On morcelle la masse ; puis après ablation totale et examen digital montrant que tout est enlevé, on place une mèche de gaze iodoformée et on referme le col au moyen de crins. Deux jours après l'opération on enlève la mèche et l'on se contente de donner des injections vaginales. Il n'y a aucun suintement fétide. L'état général et l'état local sont excellents. Au 6e jour après l'opération, on retire les fils. *La malade quitte l'hôpital au 8e jour.*

21 Mars 1898 : Les règles reviennent ; par conséquent juste un mois après l'opération. Depuis elles sont, paraît-il, revenues de façon régulière avec un légère avance.

Octobre 1898 : *Signes de début de grossesse. Donc un mois après l'opération. La grossesse a été absolument normale. L'accouchement a été facile,* très bien réussi, mais il a été un peu plus long que les précédents. Au cours de l'accouchement, la sage-femme se blesse légèrement sur quelque chose qui donne l'impression d'un crin. Le médecin ayant placé un spéculum constate en effet la présence d'un crin qu'il enlève. Ce crin avait donc été toléré d'une façon absolue par le col durant dix mois.

Après l'accouchement les règles sont revenues, normales, régulières, durant environ cinq à six jours.

Décembre 1904 : La malade envoie sa fille dans le service du docteur Lebec pour y subir une opération. Elle écrit en même temps pour remercier de *l'état parfait de santé dans lequel elle se trouve depuis six ans.*

Observation XXVII

(Service du docteur Lebec)

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Ouverture du cul-de-sac antérieur. Enucléation. Guérison

G... Athénaïs, femme de chambre, 32 ans, entre le 1er juin 1899 dans le service pour des douleurs vives de l'abdomen. Réglée à 15 ans. Toujours bien réglée. Pas de grossesse antérieure à l'affection actuelle. Les règles sont devenues irrégulières et douloureuses depuis six mois seulement.

A l'examen à l'entrée on constate que l'utérus est transporté vers le sacrum. Le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit sont vides. Dans le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac antérieur, on sent une masse longue de 8 centimètres, un peu irrégulière de forme, intimement accolée à l'utérus, très dure ; on peut mobiliser à la fois et très facilement l'utérus et la tumeur. Le toucher n'est pas très douloureux. Il existe un petit prolongement vers la fosse iliaque gauche.

Opération en juin 1899.

On incise transversalement la face antérieure du col après l'avoir attiré jusqu'à la vulve. On dissèque alors la vessie comme au cours d'une hystérectomie vaginale. On arrive de cette façon à découvrir la masse fibreuse. La coque est incisée facilement, séparée sur une assez grande étendue de la tumeur ; on

pratique l'ablation de tout l'ensemble de la tumeur. La masse, dans son ensemble, était de la grosseur d'une noix. On place quelques points de suture sur la paroi utérine puis l'utérus est remis en place et on se contente seulement de placer une mèche dans le vagin et un pansement occlusif à la vulve.

1901 : La malade revient dans le service. Le col est gros, un peu éversé ; mais il n'y a jamais eu de troubles fonctionnels depuis l'opération. Les règles sont revenues quinze jours après l'opération et depuis ce temps sont restées régulières.

Observation XXVIII

(Service du docteur Lebec).

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure. Enucléation. Guérison

Tr... Amélie, 29 ans, entre en septembre 1899 pour des pertes abondantes et des règles douloureuses. Elle est très amaigrie. Pas de troubles digestifs ni urinaires. *A l'examen*, on arrive facilement à sentir le fonds de l'utérus derrière le pubis. *Au toucher* : les culs-de-sac latéraux sont vides, non douloureux ; le cul-de-sac antérieur est vide. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse qui fait intimement corps avec l'utérus. L'hystéromètre pénètre à une profondeur de huit centimètres.

Opération le 30 septembre 1899. On saisit le col, on l'attire à la vulve ; on sectionne transversalement de chaque côté de l'orifice du col ; on saisit la tumeur, on énuclée d'un seul bloc la masse fibreuse, celle ci est de la grosseur d'une mandarine. L'utérus est ensuite refermé par quatre points de suture aux crins ; avant de refermer le col, on a placé un tube en croix qui va permettre de pratiquer des injections utérines.

Les suites opératoires sont normales : on cesse les injections

au bout de quatre jours ; les fils sont retirés le 8e jour seulement. *La malade quitte l'hôpital le 9e jour.* La guérison est complète.

Observation XXIX

(Service du docteur Lebec)

Fibrome sous-péritonéal inséré sur la paroi postérieure de l'utérus. Colpotomie. Enucléation. Guérison.

L... Colette, 56 ans, cuisinière, entre dans le service en octobre 1899. Elle a toujours été bien réglée. Il y a 15 ans, grossesse et accouchement normal. Depuis quatre ans, pertes très fortes. Douleurs vives qui augmentent de plus en plus dans les dernières années. Constipation intense.

Examen à l'entrée : on sent au toucher le col appliqué derrière le pubis ; il est énorme. L'utérus est remonté et tombé en arrière. On glisse facilement le doigt entre la partie inférieure de la tumeur et le col de l'utérus. On imprime quelques mouvements à la tumeur par rapport à l'utérus. L'ensemble est très mobile.

On pratique la colpotomie postérieure ; puis on luxe le plus possible l'utérus dans le vagin.

On incise la coque du fibrome ; on le morcelle, on arrive à l'extirper assez facilement en totalité. On suture ensuite l'utérus et on le replace. *La malade quitte l'hôpital dix jours après.* Les suites ont été normales.

1904. On revoit la malade qui va bien depuis l'opération. Rien d'anormal au point de vue utérin.

Observation XXX

(Service du docteur Lebec.)

Fibrome implanté sur la paroi postérieure. Colpotomie. Enucléation. Guérison. Récidive.

G... Elisa, 24 ans, sans profession. entrè en octobre 1899. Elle n'a jamais eu de pertes et se plaint surtout de tiraillements douloureux du côté des reins. Rien d'anormal en ce qui concerne les antécédents personnels.

A l'examen à l'entrée, on constate une rétroversion de l'utérus. Ce dernier est en quelque sorte couché sur la tumeur placée en arrière de lui. On sent cette tumeur dure dans le cul-de-sac postérieur. Elle se prolonge vers la colonne vertébrale venant comprimer le rectum. Lorsqu'on cherche à imprimer des mouvements à la tumeur, on détermine une légère douleur. Cependant les mouvements sont assez faciles et sont presque totalement indépendants de l'utérus.

Opération en octobre 1899.

On amène le col à la vulve on le soulève aussi haut que possible de façon à bien voir le cul-de-sac postérieur. On incise ce dernier. On arrive sur le fibrome. On constate alors qu'il n'est rattaché que par un pédicule pas très étendu à la face post de de l'utérus. On sectionne le pédicule; puis on extrait d'un seul bloc la masse. L'utérus luxé autant que possible est suturé au moyen de catgut ; de façon que la cicatrice soit bien cachée et qu'il ne puisse se produire aucun suintement sanguin. On replace ensuite l'utérus, on draine et l'on fait un pansement vaginal, puis le pansement occlusif à la vulve.

La tumeur ainsi retirée a une forme d'œuf allongé. Elle est un peu plus grosse que le volume du poing. La plus grosse extrémité est l'inférieure. A l'union du tiers inferieur et des deux tiers supérieurs se trouve le pédicule du fibrome.

1900. On examine la malade revenue parce qu'elle sent quelques douleurs. On sent alors un petit fibrome de la grosseur environ d'un petit œuf et situé en avant et un peu à droite. La malade préfère ne pas être opérée et depuis elle n'a pas été revue.

Observation XXXI

(Service du docteur Lebec.)

Fibrome situé dans la paroi postérieure de l'utérus presque au niveau du fond. Hystérotomie. Infection secondaire. Mort

D... Caroline, 39 ans, domestique, entre le 4 octobre 1904, dans le service, pour une métrite. Toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 35 ans. Elle a commencé à perdre à partir de ce moment. Actuellement elle a des hémorrhagies extrêmement abondantes et qui reviennent plusieurs fois par semaine. Dans l'intervalle des hémorrhagies, elle a des pertes jaunâtres absolument infectes. L'état général est des plus mauvais. La malade a l'aspect d'une cancéreuse arrivée à un stade très avancé de la maladie. A l'examen, on constate seulement l'hypertrophie énorme du col, qui est rouge et a de nombreuses érosions; l'hystéromètre pénètre à une profondeur de 10 centimètres. Le palper permet seulement de sentir le fond de l'utérus.

On met tout d'abord la malade aux injections vaginales au permanganate et au repos le plus absolu.

Le 17 octobre pour compléter le diagnostic, on pratique la dilatation sous le chloroforme et l'exploration digitale. On sent nettement au fond de l'utérus qui est d'une façon générale très mou, une masse du volume environ d'un œuf de poule. En présence de l'infection extrême on se contente de placer un drain et la malade est remise dans son lit.

Les jours suivants, on pratique des injections au permanganate et quelques injections intra-utérines à l'eau oxygénée.

Le 22 octobre, l'utérus paraît en meilleur état. L'odeur infecte a presque totalement disparu. Anesthésie au chloroforme. On incise le col transversalement à droite et à gauche sur une longueur de 5 centimètres. On abaisse le plus possible l'utérus au moyen des pinces de Museux placées sur les lèvres antérieure et postérieure de l'incision.

On énuclée en partie avec le doigt, en partie avec la spatule la masse fibreuse dont le point d'implantation était situé sur la paroi postérieure contre le fond de l'utérus. Ceci fait, on explore la cavité ; on constate que tout est enlevé, et qu'il n'existe pas d'autre masse. On place tout d'abord trois sutures perdues au catgut. Puis en présence du suintement sanguin, on préfère la mèche iodoformée intra-utérine au drain en T. Pour terminer, on met trois sutures aux crins sur les lèvres du col de chaque côté. L'opération a duré environ une demie-heure.

23 octobre. La malade reste très faible. Vomissements très abondants. Le pouls est rapide et un peu petit. La température est de 37°4 le soir.

24 octobre. La malade est de plus en plus faible. Le pouls devient filiforme. Elle meurt dans la soirée.

Autopsie : Un peu de sérosité louche dans le péritoine. Aucune trace d'hémorrhagie. Rien d'anormal du côté de l'utérus. Ce dernier n'a pas été perforé au cours de l'intervention. Les sutures ont parfaitement tenues. Il s'agit là d'une infection suraiguë, due sans doute aux gazes iodoformées qui, comme l'a montré notre enquête, n'avaient pas été stérilisées spécialement. Une autre malade tamponnée avec la même gaze avait présenté du reste des accidents infectieux des plus graves.

Observation XXXII

(Service du docteur Lebec.)

Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Guérison.

M... Anne, 41 ans, blanchisseuse, entre, le 15 décembre 1904, dans le service du docteur Lebec.

Réglée à 15 ans. Toujours bien réglée jusqu'à l'année dernière. Les règles durent trois ou quatre jours. Elles ne sont pas douloureuses. Dans l'intervalle, quelques pertes blanches en très faible quantité. Deux grossesses et accouchements normaux. La dernière grossesse remonte à quinze ans.

Malade depuis 1903. A ce moment interruption des règles durant cinq mois. Dans le courant de cette même année, crises de douleurs très violentes qui siègent dans la région abdominale et qui durent trois jours. Un médecin consulté porte le diagnostic de colique hépatique. En 1904, nouvelle crise qui dure seulement deux jours.

C'est en octobre 1904 que se produit la première hémorrhagie très forte. Elle dure quatre jours puis reprend huit jours après et dure cinq jours. En novembre, troisième hémorrhagie très forte durant trois à quatre jours. Le 8 décembre 1904, quatrième hémorrhagie qui dure jusqu'au 11 décembre et qui est tout particulièrement violente. Quelques pertes blanches dans l'intervalle.

Peu de douleurs, ces douleurs sont sourdes; elles siègent surtout dans le bas du ventre. Elles ne présentent pas d'irradiations.

Constipation intense s'étant prolongée jusqu'à douze jours. Quelques vomissements. Disparition absolue de l'appétit. Pas de troubles urinaires.

Amaigrissement extrême, pâleur, vertiges.

Examen à l'entrée : Utérus très volumineux, peu doulou-

reux. Au toucher, douleur assez vive. Col gros, un peu mou. Muqueuse éversée et ulcérée. Signes de métrite intense.

Opération le 23 décembre 1904 : Chloroforme.

On pratique la dilatation. On sent un ressaut à 2 centimètres de l'orifice du col. On arrive assez difficilement à franchir ce point ; l'hystéromètre entre à une profondeur de 10 centimètres. On achève la dilatation autant que cela est possible. Le toucher digital intra-utérin révèle la présence d'une masse fibreuse placée dans la paroi postérieure de l'utérus, ayant une longueur de 7 centimètres et une largeur de 3 à 4 centimètres.

On incise le col à droite et à gauche transversalement ; il est possible alors de voir la masse fibreuse. Au moyen du doigt on décolle le plus possible, après avoir incisé la muqueuse au bistouri. La décortication s'achève ensuite facilement à la spatule. La masse retirée est de la grosseur d'un œuf. On peut constater que son point d'implantation est à la partie postérieure. L'insertion remonte jusqu'au fond de l'utérus.

L'examen digital montre qu'il n'existe pas d'autres masses fibreuses. On place alors un drain en forme de T ; puis au moyen de deux points de suture faits avec des crins de chaque côté, on referme le col utérin.

Aussitôt après l'opération, on pratique un lavage à l'eau oxygénée qui achève le nettoyage de la cavité utérine et permet de vérifier le bon fonctionnement du drain.

24 décembre 1904 : La malade est absolument remise de l'opération. Il y a eu à peine quelques vomissements. Pas de douleurs. La température est de 37°4 le matin et de 37°5 le soir. Pouls, 80. Léger suintement par le drain utérin.

29 décembre : On retire le drain ; il n'y a plus aucun suintement.

31 décembre : Les crins sont enlevés. On continue des injections vaginales au permanganate.

4 janvier 1905 : La malade quitte l'hôpital. La guérison paraît absolument complète.

Observation XXXIII (Personnelle)

(Service du docteur Lebec)

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus. Enucléation abdominale. Hystérectomie abdominale totale secondaire à l'énucléation.

R... Cécile, 47 ans, sœur de charité, entre dans le service le 11 janvier 1905.

Père et mère vivants et bien portants ; une sœur vivante et bien portante.

Réglée à 11 ans ; toujours bien réglée. Les règles durent de trois à 4 jours. Elles sont parfois très abondantes ; parfois aussi elles sont douloureuses.

On ne relève aucune maladie dans les antécédents de la malade.

Depuis deux ans environ, augmentation légère du ventre, à laquelle la malade ne porte d'abord aucune attention. Ce qui la gêne le plus, c'est une altération continuelle, qu'elle ne peut calmer.

Peu de troubles digestifs. L'appétit est très exagéré, les digestions sont un peu plus longues qu'autrefois. Un peu de constipation.

Parfois miction difficile ; la malade ne peut uriner qu'en se mettant debout et en pressant avec les mains sur la paroi abdominale. A plusieurs reprises, au contraire, mictions involontaires et très fréquentes.

Jamais de dyspnée, d'essoufflement, de vertiges, de céphalalgie, même dans les derniers temps.

L'amaigrissement de toute la région supérieure du corps est très prononcé. Il existe un très léger œdème des jambes.

Durant les deux années, il y a eu peu de douleurs. Elles se présentent sous forme d'élancements qui traversent en ceinture

la région abdominale. Dans les derniers mois, au contraire, les douleurs sont devenues plus fréquentes et extrêmement fortes. Tiraillements très douloureux dans la région lombaire.

Les pertes blanches ont toujours été abondantes durant la maladie. Peu de pertes de sang.

La semaine qui a précédé l'entrée à l'hôpital, la malade a eu des pertes de sang durant toute la semaine, mais en quantité peu considérable.

Le ventre a grossi progressivement jusqu'au volume actuel qui est énorme.

Examen. — Palper : Masse dure bosselée remontant jusqu'à l'ombilic. La masse est située surtout sur la région médiane et fait une forte saillie en avant. Elle s'étend vers les fosses iliaques et principalement vers la fosse iliaque gauche.

Toucher : Col gros. On sent le corps utérin dans le cul-de-sac antérieur. Le cul-de-sac latéral droit est vide. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent la partie inférieure de la tumeur ; de même du côté du cul-de-sac postérieur. Ce toucher est très difficile, car l'ensemble de l'utérus et de la masse est très haut placé. Le bassin est extrêmement étroit.

Opération le 20 janvier 1905. Chloroforme, laparotomie médiane. L'incision remonte extrêmement haut. En bas, elle est prolongée jusqu'au pubis. En ouvrant, on manque d'inciser la vessie qui remonte très haut.

On trouve ainsi une masse énorme, immobile, comme enclavée dans la bassin. Elle est comprise dans la paroi postérieure de l'utérus dont on distingne nettement le fond qui est séparé de la tumeur par un sillon profond. La masse semble comprendre deux fibromes dont le plus gros est situé à gauche.

On lie facilement les ligaments ronds et les ligaments larges. On sectionne ces ligaments. La tumeur, malgré cela reste absolument immobile et il est impossible de glisser les doigts entre sa face postérieure et l'angle de la colonne vertébrale. On cherche alors s'il est possible de détacher la masse sur les côtés. On trouve ainsi les uretères qui, très déplacés, cheminent sur les

parties antéro-latérales de la tumeur. Ils sont dégagés et refoulés en arrière.

En présence de l'impossibilité de continuer l'hystérectomie, on songe à commencer par l'énucléation. On incise alors sur la partie médiane la coque de la principale masse fibreuse qui est située à gauche. On a une légère hémorrhagie veineuse sans grande importance et qui cesse dès que l'énucléation est complète.

On procède de même pour la deuxième masse fibreuse qui est un peu à droite. Mais au moment où l'énucléation est presque complète, un flot de pus s'échappe de la partie inférienre de la masse. On achève de l'énucléer le plus vite possible. Puis on enlève, au moyen de compresses, le pus tombé dans l'abdomen. On change la grande compresse qui recouvre les anses intestinales.

Il reste alors l'utérus pas trop volumineux, qui contient quelques petites masses fibreuses.

Aussi, étant donné la longueur du premier temps opératoire, étant donné la présence du pus, étant donné aussi la section des ligaments au début, on continue l'hystérectomie. On enlève l'utérus et ses annexes avec la plus grande facilité.

On lave ensuite l'intestin et la cavité abdominale avec trois litres de sérum, puis on établit un drainage vaginal, avec un gros drain entouré d'une compresse.

On place ensuite un drain abdominal ; puis le péritoine est refermé et le reste de la paroi abdominale est suturé en un seul plan.

Le poids de la tumeur est de 2 kil. 500. L'opération a duré deux heures un quart.

On fait une injection d'un litre de sérum dans la nuit sous la peau, et on refait, le lendemain matin, une seconde injection de 500 grammes de sérum.

21 janvier. Température le matin 37°2 ; le soir 37°4. Beaucoup de vomissements. Très peu de douleurs. Sondage de la vessie.

22 *janvier*. Température le matin 37°1 ; le soir 37°4. Vomissements ont cessé. La malade n'a plus besoin d'être sondée.

23 *janvier*. Température 37°2 le matin ; 37°1 le soir. La malade s'alimente un peu. On cesse de prendre la température.

26 *janvier*. On retire le drainage vaginal.

28 *janvier*. On enlève le drain abdominal.

30 *janvier*. La malade va aussi bien que possible. Tout danger semble définitivement écarté.

Bien que cette observation ne porte pas seulement sur une énucléation, il nous a paru qu'elle était intéressante à noter parce qu'elle montre :

1° La facilité que l'on a à énucléer même des masses énormes.

2° L'absence totale d'hémorrhagie. l'utérus revenant sur lui-même.

3° Le peu de danger que fait courir la dégénérescence du fibrome. Le pus ainsi formé est très peu virulent.

4° L'observation montre enfin que parfois l'hystérectomie devient d'une simplicité extrême après l'énucléation, tandis qu'elle était à peu près impossible avant.

Objections faites à la méthode.
Ses avantages et ses inconvénients.

De tout ce que nous venons de dire de la méthode, au point de vue des indications opératoires, il est facile de conclure que les fibromes, dans un grand nombre de cas, beaucoup plus fréquents qu'on ne le pensait, peuvent être enlevés sans que l'utérus et ses annexes soient enlevés en même temps, et le plus souvent sans que cette ablation nuise en quoi que ce soit à leurs fonctions.

Cependant, on a soulevé un très grand nombre d'objections, et l'on peut se demander si la manière merveilleuse dont est faite de nos jours l'hystérectomie n'a pas contribué pour beaucoup à entraver le développement de la méthode conservatrice. Voyons successivement les objections faites à l'énucléation par voie vaginale, et à l'énucléation par voie abdominale.

Se souvenant des premiers résultats, on a reproché tout d'abord à l'énucléation vaginale le danger d'*infection*. Si autrefois, durant les essais d'énucléation, le nombre des malades mortes d'infection ou ayant eu des accidents infectieux graves a été considérable, c'est que l'antisepsie n'existait pas. Actuellement, l'infection n'est qu'une exception très rare. Il s'agit seulement d'appli-

quer avec soin les principes d'antisepsie et d'attendre sans impatience que la désinfection de l'utérus soit absolument complète. Il importe peu de perdre quelques jours avant l'opération, puisque les suites sont extrêmement courtes et que les malades ne restent guère que six à dix jours au plus après l'opération.

On a reproché à l'énucléation vaginale d'être parfois *incomplète* et d'avoir des limites extrêmement restreintes dans son application. Nous devons convenir que là est le point faible de la méthode ; il faut, en effet, un doigt très exercé pour pouvoir se rendre compte de l'ablation totale d'une masse et de la non existence d'autres fibromes. Cette difficulté est d'autant plus grande que assez souvent, comme l'a démontré André Claisse, les fibromes qui viennent faire saillie du côté de la cavité vaginale ne possèdent pas de coque fibreuse et parfois même n'ont pas de limites bien nettes, ou que parfois aussi il y a transformation colloïde de la tumeur qui devient ainsi très difficile à saisir. La non ablation en totalité de la masse expose à l'infection, que l'on évitera facilement, il est vrai, en pratiquant des lavages intra-utérins répétés jusqu'à ce que la bande laissée dans l'utérus se soit éliminée spontanément.

Elle expose aussi à l'hémorrhagie, car l'utérus ne revient bien sur lui-même que si tout est enlevé.

On doit donc enlever franchement si un doute reste sur la totalité de l'ablation. Le seul risque à courir serait la perforation utérine si l'on dépasse la limite, et ce danger est insignifiant si, nous le répétons, tous les soins antiseptiques préopératoires ont été bien pris.

Nous avons cité plus haut l'un des accidents longtemps redoutés, l'*hémorrhagie*. Loubet, dans sa thèse sur l'énucléation abdominale, Dartigues, sur l'énucléation vaginale, ont déjà signalé l'absence d'hémorrhagie. Nous n'avons vu celle-ci se produire qu'une seule fois, et encore s'agissait-il d'un gros fibrome tendant à se pédiculer dans la cavité utérine, et par conséquent que personne n'eut hésité à enlever sans hystérectomie. Dans tous les autres cas, il y a eu à peine un léger suintement et nous avons même renoncé à pratiquer un tamponnement quelconque, une simple injection intra-utérine à 50° suffira amplement à arrêter ce suintement sanguin.

Nous voyons donc que l'énucléation vaginale faite avec soin n'entraîne jamais d'infection ou presque jamais ; qu'elle reste simple, ajoutons à cela qu'elle n'expose jamais à la blessure de la vessie, des uretères ou du rectum, comme l'hystérectomie vaginale. Elle permet à l'opérée de ne faire qu'un très court séjour à l'hôpital, ce qui, dans certaines classes, a sa grande importance. Elle ne crée aucun point faible dans les parois.

Malheureusement, elle se trouve souvent impossible par suite du nombre ou du volume de la tumeur, c'est alors que l'énucléation abdominale reprend ses droits et permet d'opérer un nombre considérable de tumeurs fibreuses.

A ce genre d'opération on a opposé aussi une foule d'objections, parmi lesquelles nous devons étudier les principales.

L'opération abdominale, a-t-on dit, ne diminue pas *la gravité du choc opératoire*. Il est évident que l'opération est longue et parfois laborieuse, cependant nous ferons remarquer que la mortalité opératoire est très faible. Ferendinos signalait dans sa thèse 290 cas d'énucléations abdominales et sur ce nombre considérable il ne relevait que 6 morts. Tuffier présente une statistique où la mortalité est au-dessous de 3 p. 100. Dans les observations que nous publions, un seul cas mortel se trouve, et ce cas a rapport à une femme opérée dans des conditions presque désespérées. On peut donc répondre à juste titre que les risques opératoires ne sont pas plus considérables que ceux que fait courir l'hystérectomie et ajouter que certainement ces risques deviendront beaucoup moindres encore lorsque les chirurgiens se seront familiarisés avec ce procédé, comme ils le sont avec l'hystérectomie.

On a dit aussi que l'énucléation abdominale avait des *limites peu étendues*. Nous croyons qu'en dehors des tumeurs énormes de plus en plus rares, elle ne reconnaît guère comme limites que celles que chaque chirurgien lui fixe. On a pu en effet retirer très facilement jusqu'à six fibromes comme le montrent nos observations et même Tuffier en a enlevé jusqu'à dix-sept et Jaboulay jusqu'à vingt-cinq. Le nombre ne marque donc guère une limite.

S'agit-il du *volume* ; nous trouvons dans les observations que celui des masses extirpées s'est élevé à celui d'une tête de fœtus et même parfois bien davantage.

La transformation du fibrome est un peu plus à re-

douter, surtout dans le cas de transformation purulente. Comme l'a montré Claisse, cette transformation est du reste très rare et rarement aussi lorsqu'elle existe, on se trouve en présence de pus très septique. Il convient cependant, dans ce cas, d'user de la plus grande prudence. Si la chose est possible, on attirera la masse en dehors de l'abdomen au moyen de crochets et l'on garnira tout autour l'abdomen avec des compresses stérilisées. Dans tous les cas, si du pus s'échappe vers la cavité abdominale, le lavage de la cavité et de l'intestin au sérum, le drainage par le cul-de-sac postérieur préviendront les accidents possibles. Il n'y a donc là qu'une complication opératoire mais non une contre-indication formelle.

Comme pour l'énucléation vaginale on a craint ici la *perforation utérine*. Nous répétons que si tous les soins antiseptiques ont été pris, nous ne pensons pas que la perforation soit un accident redoutable. Elle a parfois été pratiquée de façon systématique. Tuffier et Lebec critiquent vivement cette manière de faire qui « transforme une opération aseptique en une opération peut-être septique » puisque la désinfection utérine peut ne pas être absolue. Dans tous les cas cette perforation volontaire montre combien il y a peu de danger réel sur ce point.

Pour ce qui est de l'*hémorrhagie* pas plus que dans l'énucléation vaginale elle n'est à redouter. Au moment où l'on ouvre la coque fibreuse et durant l'énucléation il y a bien une hémorrhagie veineuse assez abondante, mais on ne doit nullement la craindre, car elle cesse dès que le corps fibreux en a été extrait et que la coque a pu

revenir sur elle-même. Dans le cas du reste où cela serait nécessaire, on en aurait facilement raison au moyen de quelques pinces ou d'une compression momentanée.

En ce qui concerne les résultats tardifs, les objections se réduisent toutes en une seule, *la récidive*, et la nécessité plus tard de pratiquer l'hystérectomie.

On pourrait croire en effet que l'énucléation laissant l'organe, expose l'opérée à la récidive, c'est encore les statistiques que nous invoquerons pour répondre à cette objection. Ferendinos ne cite que trois récidives sur 290 cas ; Zvibel dans sa thèse inspirée par Tuffier ne cite que quatre récidives sur 562 opérées. Les proportions sont les mêmes dans la pratique de Segond. Nous n'avons observé que trois récidives. Il est probable que ces trois cas de récidive sont dus le plus souvent à l'oubli d'une masse très petite au moment de l'opération. L'examen plus attentif de l'organe après l'énucléation doit les rendre de plus en plus rares. Du reste dans le cas où secondairement l'hystérectomie a dû être faite, la première opération ne l'a jamais compliquée.

Du reste *la chance problématique que l'on a de faire plus tard une hystérectomie n'est pas une cause suffisante pour priver une femme d'organes qui, même dans le cas de récidive, pendant plusieurs mois ou plusieurs années ne causent aucun trouble et sont susceptibles de remplir toutes leurs fonctions*. Presque toujours en effet la menstruation revient de façon absolument régulière et plusieurs opérées ont eu des grossesses normales, certaines même très peu de temps après l'intervention.

Si l'*hystérectomie* reste une opération indiquée dans

les cas de lésion des annexes ou de tumeurs énormes, ellle perd ses droits dans beaucoup d'autres cas. *Dans tous les cas l'énucléation doit être tentée avant de pratiquer cette cure radicale.*

CONCLUSIONS

I. Les fibromes utérins doivent dans un certain nombre de cas, être extraits sans hystérectomie.

II. L'énucléation, lorsqu'elle a été pratiquée minutieusement de façon à ne laisser aucune masse fibreuse, n'est presque jamais suivie de récidive ; dans tous les cas, elle ne complique jamais une hystérectomie faite dans la suite.

III. L'énucléation vaginale s'adresse aux tumeurs fibreuses de petit volume. Elle a l'avantage d'être une opération simple, accessible à tout chirurgien qui a fait quelques études gynécologiques.

Elle n'expose à aucun des dangers de l'hystérectomie, si elle est pratiquée avec toutes les précautions voulues d'asepsie et d'antisepsie.

IV. L'énucléation abdominale a des limites beaucoup moins restreintes.

Elle comporte en plus de la précédente les risques inhérents à toute laparotomie.

Elle réduit au minimum les dangers au point de vue du choc opératoire.

V. L'énucléation vaginale doit toujours être préférée

à l'énucléation abdominale dans le cas de fibrome sous-muqueux ou de fibrome interstitiel de moyen volume et unique.

VI. L'énucléation a l'avantage sur l'hystérectomie de conserver un organe utile à la statique des viscères.

VII. Elle évite à la femme tous les accidents, parfois graves, qui succèdent à l'ablation des organes génitaux.

VIII. Elle la laisse apte à la fécondation et jamais elle n'apporte une complication à la grossesse et à l'accouchement.

IX. Il sera toujours temps, au cours de l'intervention, de décider s'il y a, par hasard, lieu de pratiquer une cure plus radicale et d'enlever tout l'organe malade.

Vu : Le Président de la thèse,
P. BERGER.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Alessandro (d') (A.). — *Bull. de soc. lancisiana d. osp. di.* Roma (1897-1898). XVIII. 212 à 214.

— Contribuzione alla chirurgia conservativa dei fibromiomi uterini.

Alexander (William). — Enucleation uterine fibroids. *British, Medic. journ.*, 1898. (1318 à 1322).

Amussat. — *Revue de médecine.* 1840.

Aubery. — Volumineux fibrome interstitiel enlevé par la méthode Martin. (Enucléation abdominale).

Atlee. — Renoval of fibroïd tumors of the uterus by gastrotomy. *Americ. journ. med. sciences.* Vol. IX. Avril 1845, p. 309.

— Cité par Pozzi dans *Traité de gynec. clinique et opératoire.* Paris, 1897.

Auvard. — Traitement des fibromes utérins. *Union médicale.* 12 mai 1885.

Bauby. — Fibrome utérin enlevé par myomectomie abdominale. *Toulouse médic.*, 1902, s. IV 241 à 243.

Baldy. — Rapp. au III' Cong. de gynecol. et d'obst. Amsterdam, août 1899.

Berneaudaux. — Des corps fibreux de l'utérus. *Th.* Paris, 1857.

Blanc. — *Loire médicale*, 1899 15. avril. Ablation de 7 fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus.

Bland Sutton. — Soc, de Gynécol. anglaise. 14 avril 1898. *British, méd. Journal*, 21 mai 1898.

Blum. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäk., 1896, Bd 35, s. 123.

Bogdanik.— L'Enucléation conservatrice des fibromes utérins. *Gaz. Lek. Warszawa.* 1901, XXI, 1123 à 1124.

— Conservatrice exstirpation von uterus myomen. *Wien méd. Presse*, 1902, XLIII, 353 à 356.

Boekel (Jules). — Notes sur 20 fibromyomes. Cong. de chirurgie, 4 avril 1893.

Boekel (Eugène). — Laparatomie pour myome. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1885, nº 3, p. 31.

— Cité par Delagenière, in chirurgie de l'utérus, 1898.

Bonnet. — Traitement chirurgical des fibromes utérins.

— Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation abdominale et à l'hystérectomie, 1891.

Bouchacourt. — *Lyon médical*, p. 338, 10 juillet 1887.

Bouglé. — *Bull. de la Société anatom.*, 27 juillet 1900, p. 761.

Bouilly. — Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. *Semaine gynéc.*, 1898, p. 18.

— Congrès français de chirurgie. Paris, 1899.

— *Bullet. et mém. de la Société de chirurgie.* Paris. 1890.

— IXe Congrès français de chirurgie. Paris, octobre 1895.

Boursier (A.). — Des indications opératoires dans les fibromes utérins. *J. de médec. de Bordeaux*, 1902. XXXII. 119 à 122.

— Même journal, 1901. XXXI, 37 à 39.

Briggis (H.). Fibroïds vaginal énucléation. Liverpool. *M. chirurg. J.* 1988, 64 à 73.

Burkhardt. — *Deutsche medical.* Wochens, 1880.

Calderini. — XIe Congrès intern. de médecine. Rome, 1894. Section de gynécol. et d'obstétrique.

Carle. — XIe Congrès internation. de médecine. Rome, 1894.

Carnot. — *Presse médicale*, 1898. Page 295.

Chevrier. — Enucléation des fibromyomes par la voie abdomin. *Nouv. Arch. d'obstetrique*, p. 4., 1891.

Chrobach. — Wiener klinische Wochenschrift, 1904, n° 52.

— VIII[e] Congrès de la Société allemande de gynecologie. Berlin, mai 1899.

Clado. — Cité dans *Thèse de Ferendinos*. Paris, 1900.

Clay. — Cité par Pozzi. S. dans *Traité de Gynécol.* 1897.

Claisse (André). — Recherches sur le développement des fibromes. *Thèse*. Paris, 1900.

Cocq (V.). — A propos de la myomectomie abdominale. *Clinique*. Brux., 1902, XVI, 787 à 792.

Congrès de chirurgie. — *Gazette des hôpitaux*, 1896, 445 à 452.

Cornillon. — Enucléation par voie abdominale. *Loire méd.* St-Etienne, 1901, XX, 136 à 139.

Cogrel. — *Thèse*. Paris, novembre 1896.

Cullen. — XIII[e] Congrès internat. de méd. Section de gynéc. Paris, 1900. Compte-rendu page 138.

Czempin. — Société de gynéc. de Berlin, 1886.

Czerny. — Wien méd. Woch., 1881.

Dartigues (L.). The énuclation of interstitiel fibromyomata by cervico. Vaginal hysterotomy. *Méd. chronicle*. Manchester, 1900, 3 s. III, 90 à 94.

— Chir. conserv. de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes. Paris, 1901, 489 p. 55 fig.

Dastre. — *Archives de physiologie*, 1896.

Delagenière (H.). — De la grossesse comme complication des fibromes de l'utérus. *Arch. prov. de chir.* Paris, 1900, IX, 69 à 87. *Sem. Gynéc.* Paris, 1900, V, 66 à 70.

— Indications opératoires dans les fibromes compliqués de grossesse. *Ann. de Gynéc. et d'Obstét.* Paris. 1900, LIII 81 à 98.

— Chirurgie de l'utérus. Paris, 1898.

Delbet. — *Traité de chirurgie*. Tome VIII.

Delétang. — Mémoire. Paris. 1889. Traitement des fibromes par la méthode d'Apostoli.

Demons. — Choix de l'intervention dans le traitement des gros

polypes fibreux de l'utérus. XIV Congr. chir. franç. Paris. 1901, 615 à 616.

Demantké. — *Thèse,* Paris. 1897.

Denis. — Fibrome de l'utérus enlevé par voie sous-péritonéale. *Gaz. méd. d'Orient.* Const., 1902. XLVII, 59 à 60.

Doléris. — Gynec. Paris, 1900. V. 481 à 493. Enucléation. Récidives.

— Fibromes multiples de l'utérus traités par l'énucléation sous-péritonéale. *Bulletin de la société obstét.* Paris, 1891.

— Pratique Gynécolog. Paris, 1896.

Dorff. — Quelques mots sur la myomectomie. *Bull. soc. belge de gynec. et d'obstétr.* Bruxelles, 1900. XI, 127 à 130.

Doyen. — III^e^ Congr. internat. d'obstétr. et de gynécol. Amsterdam, 1899, p. 190 du II^e^ s. des ann. de gynec. et d'obstét., 1899.

— *Arch. prov. de chirurgie*, 1892, 1893.

— Congr. de Genève, 1896.

— XII^e^ Congr. internat. de Moscou, 1897.

Dudley. — The American. gynecol. and. obstetric. *Journal*, *New-York*, 1894.

Duncan. — Edimbourg. *Médic. journ.*, janvier 1867.

Duplay. — Traitem. des fibromes de l'utérus. *Presse médic.*, Paris, 1900. I, 289 à 291.

Dupont. — Laparomyotomie. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 15 novembre 1885.

Duret. — Sem. Gynéc. Paris, 1901. VI, 1 à 4.

— *J. des soc. méd. de Lille,* 1901. I, 217 à 244.

— Congr. de Gynec. Bordeaux, 1895.

Otto Engstroem. — Mitheilungen aus der Gynec., 1897.

Elias Estrada. — *Thèse*, Paris, 1888, p. 12 à 15.

Etheridge. — *Journal of the Americ. Associat.*, février 1894.

Faure. — Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdomi-

nale totale par section médiane de l'utérus. *Presse médicale*, 1897, p. 237.

Ferendinos. — *Thèse*, Paris, 1900.

Ferroni. — *Annal. di obstet.* Ginec. di Milano, 1899, nº 4, p. 342.

Fraipont. — Soc. médic. de Liège, 1er avril 1886.

Freund. — *Centrallblatt für gynæk*, 1888. Nº 49, p. 801.

Gangitano C. — Operazione conservatrice in caso di miofibromi multipli dell utero. *Arch. ed. atti. d. soc. ital. di chir.* Roma, Artero, 1900. XV, 416 à 420.

Gannat. — *Thèse*, Paris, avril 1897.

Gelström. — Saint-Pétersbourg médic. Wochenschrift, 1883. Nº 32.

Goelet (A.-H.) — Abdominal myomectomy. North-Car. M.-J. Winston, 1888. XLI, 443 à 445.

— Internat. F. surg. N.-Y., 1898, XI, 357 à 361.

Goullioud. — Communication au Congrès d'Amsterdam citée dans *Ann. gynéc. et Obstét.*, 1899, p. 151, 1er semestre.

— Lyon médic., 1891. Nº 42. Cité dans *Th.* Le Moniet, p. 39 à 41.

Gubaroff. — *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, mai 1900, p. 333.

Guinard. — Congrès français de Chirurg. Paris. 1893.

Guinebertière. — *Thèse*, Paris, 1894.

Gunsbourg. — *Thèse*, Paris, 1900.

Gusserow. — 19 myotomies. *Deutsch med. zeits*, 1886.

Guyon. — *Thèse agrégat.*, Paris, 1860.

Hacker V. — Zur technik der supra vaginalem amputation uteri. Wien med. Woch, 1885. Nº 48.

Hagèr. — *Centralblatt für Gynæk*, 1886.

Henrotay. — Quelques mots sur la myomectomie. *Bull. soc. belge de gynéc. et d'obstét.* Bruxelles, 1900. XI. 152 à 153.

Herbécourt d'). — La voie vaginale sans hystérectomie. *Th.*, Paris 20 décembre 1900.

Hofmeier. — La myotomie. Stuttgard, 1886.

Jaboulay. — Enucléation abdominale. Lyon médic., 15 nov. 1891 et *médec. mod.*, 18 nov 1893.

— *Médec. mod.*, 1898.

Jonnesco. — *Presse médicale*, 1900.

Jayle. — *Presse médicale*, 1898 et février 1899.

Jarjavay. — Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus. *Thèse* agrégat. Paris, 1850.

Kakouchkin. — Traitement chirurgic. des fibromes utérins. *Thèse* acad. imp. méd milit. Saint-Pétersbourg, février 1902.

Kœberlé. — Congrès international des sciences médic. Copenhague, 1884.

— *Nouvelles arch. d'obstét. et de gynéc.*, 1888, p. 160.

Legueu. — *Presse médicale*, octobre 1900.

— Traité de Gynécologie, 1898.

— Congrès français de chirurgie. Paris, 1899, p. 217.

Le Bec. — XIII[e] Congrès international tenu à Paris. Section de Gynécol., août 1900.

Léopold. — *Centralblatt für Gynæk.*, 1886.

Lejars. — *Bull. et mém. de la société de chirurgie*, mars 1898.

Longuet. — *Progrès médical*, 1899.

— *Semaine Gynécologique*, 1899, p. 401.

— Compte rendu du XIII[e] Congrès international de médecine de Paris 1900 dans *Progrès médical*, août 1900.

L. Loubet. — Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins. *Thèse*, Paris, 1902.

Lucas-Championnière. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1898.

Martin (A). — Traitement des myomes. *Ann. de gynécologie et d'obstétrique*. Paris, 1900. LIV, 304 à 305.

— Indication et technique des opérations des myomes. *Rev. de Gynéc.* Paris 1900. IV. 767 à770.

Martin. — Ueber myomopérationem. *Centralb. für Gynéc.*,

1890. Naturforscherversammlung in Cassel, 1878, Deutsch médecin. Wochenschrift, 1880. N° 27. p. 357.

Mackenrodt. — *Zeitschrift für Geburt. und Gyn.* 1896.

Mauclaire. — *Bull. soc. anat.* de Paris. 1902.

Ménière. — Inflammation des fibromes utérins. *Gaz. Gynécol*, 1888.

Mickulicz. — Cité par Schreider dans *Revue de Chirurgie*, Paris, 1884. p. 315.

Monprofit. — Myomectomie abdominale. XIV^e^ Congrès franc. de chirurg., Paris, 1901. 636 à 638.

— Myomectomie abdominale. *Anjou. médic.* Angers, 1902. IX. 25 à 28.

— XIII^e^ Congrès internat. de med. Sect. de gynéc., 1900 Paris, 1901. Compte rendu, 134 à 137.

Müller. — Congrès de Berlin. 1895.

Mundé. — Analysé dans *Nour. Arch. d'obstét. et de gynéc.* 1888.

Nagel. — *Centralb. für Gynécol.*, 1886. N° 31.

Noble. — The conservation treatment of fibroïd tumors by myomectomy. *Thérap. Gaz. Detroit.*, 1898. 455 à 458.

— *Ann. de Gynéc. et d'obstét.* 1897.

Ollier. — *Bull. et mém. de la société de chirurgie.* 1895, Paris.

Olshausen. — Die abdom. myomopérationem, 1897

— Handbuch der Gynäkologie t. 2 p. 607. 1897,

Ott. — Gynéc., Paris, 1900. V. 421 à 425.

— Importance de la méthode vaginale dans la myomectomie conservatrice.

— XIII^e^ congr. internat. de médec. Section de Gynécol., Paris, 1900. Compte rendu page 117 à 121.

Ozenne. — *Sem. Gynécol.*, Paris 1900. V. 219 à 220.

— J. de médec. de Paris, 1900. 2 s. XX. 281 à 282.

Pauchet. — Traitement des fibromes de l'uterus. *Gaz. de gynéc.*, Paris, 1900. XIV. 2 à 8.

— *Société médicale de Picardie.* Nov., 1897.

Péan. — 8e Vol. de clinique (P. 142) et 7e vol.. 1888.
— *Union médicale*. Décembre 1869 et Paris, 1873 : hystérotomie.
— *Gazette des hôpitaux*, 13 mai 1886.
— XIe Congrès français de chirurgie. Paris, octobre 1897.
Pédeprade. — *Thèse*, Paris, mars, 1901.
Pichevin. — Chirurgie conservatrice des fibromyomes utérins. *Semaine Gynec.* Paris. 1902. VII. 52 à 54.
— *J. de méd.* de Paris 1902. 2 s. XIV. 213 à 231,
Planque. — Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins. *Thèse*, Paris, 1897.
Polaillon. — *Bull. et mém. de la soc. de chirurgie*. Paris, juin 1884.
Pozzi. — De la valeur de l'hystérectomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. (*Thèse agrég.*. Paris, 1875),
— *Semaine Gynécologique*, 1889.
— Traité de gynécologie 3e édition 1897.
— Note sur la technique de la ligature du pédicule *Bull. et mém. de la société de chirurg.*, nov. 1883.
Queirel. — Congrès franç, de chirurg. 1893.
Quénu. — *Bull. et mém. de la soc. de chirurg.*, Paris, juin 1895.
Ricard. — *Gazette hop.*, Paris, 1898. Traitement des fibromes utérins.
— *Gazette Gynécologigue*, Paris, 1898.
— *Ann. soc. méd. chirurg.*, de Liège, 1898.
— XIIIe Congrès français de chirurgie, 1899.
— Cité dans *thèse* de Gunsbourg, Paris, 1900,
Routier. — Intervention pour fibromes compliquant la grossesse. *Bull. et mém. soc. de chirurg.*, de Paris, 1902. XXVIII. 453 à 455,
— *Bulletin et mém. de la soc. de chirurgie*. Paris, 1889.
— Société de chirurgie, mars 1898.

Schwartz. — *Revue de chirurgie* 1883 et dictionnaire Jaccoud.

— Polypes intra-uterins. *Revue d'obstétr. et gynéc*, décembre 1886.

Segond. — *Ann. g. et obst.* Paris 1900, 306 à 310.

— Soc. d'obst. gynec et pédiatrie de Paris, 1900 II, 149 à 157.

— XIII[e] cong. internat. de méd. section de gynéc, Paris, 1900. Compte rendu ; 121 à 123.

— Congrès period, internat de gyn et obst. 1894. p. 39.

— *Bull. et mém. de la Société de chirurgie.* Paris 1898.

Simon. — Monatschrift. Vol. XX. p. 25.

Solowjeff. — Myomotomie. *Journ. gynec. de Saint-Pétersbourg*, juillet 1887.

Spencer Wels. — Cité par Zveifer in die stielbhandlung bei myomectomie, 1863.

Spiegelberg. — *Arch. für. Gynécolog.* 1874.

Spinelli. — Primi tentativi di chirurgica conservatrice nei. fibromi dell. utero. *Atti. et soc. ital. di. obstét. et gynec.* 1899. Roma. 1900. VI. 174 à 178.

Sutton R. S. — *Medic. news*, n° 16. 1886.

Stratz. — Kolpotomia lateralis. *Centralb. für Gynak.* 1899.

Témoin. — Myomectom. conservatr. *Ann. gyn. et obst.* Paris, 1900.

— XIII[e] congr. internat de méd. section de gynec. 1900. Compte rendu, p. 131 à 133.

— *Arch. prov. de chirg.* juillet 1896,

Terrier. — Myomotomie et opération incomplète d'un kyste de l'ovaire. *Bull. et mém. de la soc. de chirurg.* Paris, juin 1883 et 1884.

— Congrès franç. de chirurg. Paris, 1899.

— Fibromes utérins à pédicules multiples. *Revue de chirurg.* avril 1900.

Tillaux. — Des corps fibreux de l'utérus. *Gaz. des hôpitaux* I. 1875.

— Traité de chirurgie clinique. 1897, tome II.

Treub (H). — Congr. internat. d'obst. et de gynéc. Amsterdam, 1899.

Tuffier. — Fibromes utérins enlevés par énucléation. *Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris*, 1900. XXVI. 696.

— De l'extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus et des annexes. *Bull. et mém. soc. de chirurg. de Paris*, 1900. XXVI. 840 à 845.

— *Presse médicale*. Paris 1900. II, s. 24 et 25.

— XIII[e] congr. internat. de méd. Section de gynéc. Paris 1900. Compte rendu 138 à 144.

— Monographie. Enucléation par voie abdominale. Juin 1904.

Vanverts. — *Bull. et mém. de la société anatom.* Paris, nov. 1896.

Vautrin. — *Th. agrég.* Paris 1886.

— *Ann. de gynéc. et d'obst.* 1898.

— IX[e] congrès franç. de chirurg. Paris, octobre 1895.

Walther. — Utérus atteint de fibromes multiples. *Bull. et mém. soc. de chirurg. de Paris* 1902. XXVIII. 55.

Veit. — Handbuch der Gynækologie, tome II, 1897.

— Société obstétr. de Berlin 1894, analysé dans *Presse méd.* 1894.

Vidal. — *Revue de Pozzi*, 1900, p. 81.

Winter. — *Centrabl. für Gynak.* 1899, p. 1190.

Woerth. — LXVII[e] congrès des associat. allem. de médecins et de naturalistes, 1896.

Zvibel. — Traitem. des fibromes utérins par l'énucléat. abdomin. *Thèse*, Paris, juin 1900.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.